



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:	EMI KAYAPO	Data de Nascimento:	08/02/1995
Empresa:	AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (AGSUS)	CNPJ / CAEPF:	37.318.510/0001-11
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Setor:	OPERACIONAL
Função:	TECNICO DE ENFERMAGEM	CBO:	
RG:	7064468	Tipo do Exame:	ADMISSINAL
CPF:	00000000000	Matrícula:	
		Data do ASO:	09/12/2024

FATORES DE RISCO		
Grupo:	Riscos:	Cód. Tabela 24
Grupo 1 - Riscos Físicos	Radiações Não Ionizantes	09.01.001
Grupo 4 - Riscos Ergonômicos	Movimentos repetitivos	09.01.001
Grupo 4 - Riscos Ergonômicos	Postura Inadequada	09.01.001
Grupo 5 - Riscos Mecânicos (Acidentes)	Queda mesmo nível	09.01.001

EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO		
Procedimentos	Cód. Tabela 27	Data
X AVALIAÇÃO CLÍNICA, ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL	0295	09/12/2024

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 para trabalho em altura:	<input checked="" type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> INAPTO	
	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NAO	
Apto para trabalho confinado:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NAO	
Apto para manipulação de alimentos:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NAO	<input type="checkbox"/> NAO AVALIADO
Apto para trabalho com eletricidade:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NAO	<input type="checkbox"/> NAO AVALIADO
Conclusão:	Observações:		

Dr. Fábio L. Márcio Martins  
CRM-PA 892

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	
Redenção	
Local	
	Assinatura do Funcionario Examinado