



# CENTRO MÉDICO BUFFON ARCE

<b>ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)</b>		DATA:	12/12/2024
--	--	-------	------------


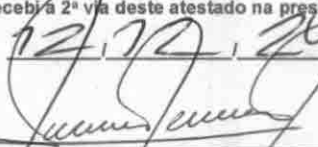
<b>IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO</b>			
RAZÃO SOCIAL:	AGENCIA BRASILEIRA DE APOIO A GESTAO DO SUS	CNPJ/CAEPF:	37.318.510/0001-11
<b>IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR</b>			
NOME COMPLETO:	JOSÉ STUANI	CPF:	781.358.778-20
FUNÇÃO ATUAL:	CIRURGIÃO DENTISTA	NOVA FUNÇÃO:	

<b>TIPO DE EXAME OCUPACIONAL (*)</b>			
<input checked="" type="checkbox"/>	EXAME ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/>	EXAME DE MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS
<input type="checkbox"/>	EXAME PERIÓDICO	<input type="checkbox"/>	EXAME DE RETORNO AO TRABALHO

DESCRIÇÃO DOS PERIGOS OU FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS E CLASSIFICADOS NO INVENTÁRIO DE RISCOS DO PGR QUE NECESSITEM DE CONTROLE MÉDICO PREVISTO NO PCMSO, OU A SUA INEXISTÊNCIA					
<b>Físicos</b>		<b>Químicos</b>		<b>ERGONÔMICOS</b>	
<input type="checkbox"/> Calor		<input type="checkbox"/> Óleos e Graxas		<input checked="" type="checkbox"/>	Movimentos Repetitivos com membros superiores
<input type="checkbox"/> Frio		<input type="checkbox"/> Detergentes		<input type="checkbox"/>	Trabalho predominantemente em pé
<input type="checkbox"/> Ruído		<input type="checkbox"/> Iodo Metálico		<input type="checkbox"/>	Trabalho predominantemente sentado
<input type="checkbox"/> Radiação Ionizante		<input type="checkbox"/> Iodo em Solução		<input type="checkbox"/>	Movimentação de pesos
<input type="checkbox"/> Radiação Não Ionizante		<input type="checkbox"/> Fenol		<input checked="" type="checkbox"/>	Esforço visual continuado
<input type="checkbox"/> Umidade		<input type="checkbox"/> Formaldeído		<input type="checkbox"/>	Trabalho frequente em posição curvada
<input type="checkbox"/> Vibração		<input type="checkbox"/> Hipoclorito de Sódio			
		<input type="checkbox"/> Alcalis Cáusticos		<b>Biológicos</b>	
<b>Químicos</b>		<input type="checkbox"/> Ácidos		<input checked="" type="checkbox"/>	Vírus
<input type="checkbox"/> Gases Tóxicos		<input type="checkbox"/> Fumos tóxicos		<input checked="" type="checkbox"/>	Bactérias
<input type="checkbox"/> Cimento		<input type="checkbox"/> Vapores tóxicos		<input checked="" type="checkbox"/>	Fungos
<input type="checkbox"/> Óxido de Etileno		<input type="checkbox"/> Chumbo		<input type="checkbox"/>	Protozoários
<input type="checkbox"/> Mercúrio Metálico		<input type="checkbox"/> Poeiras não fibrinogênicas		<input type="checkbox"/>	Parasitas
<input type="checkbox"/> Quimiot. de Câncer		<input type="checkbox"/> Poeiras Fibrogênicas			
<input type="checkbox"/> Solventes orgânicos					

<b>EXAMES MÉDICOS REALIZADOS</b>					
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>					
TIPO DE EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA	TIPO EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA

<b>ATESTADO MÉDICO</b>					
Atesto que o trabalhador acima identificado se submeteu aos exames médicos ocupacionais sendo considerado:					
<input checked="" type="checkbox"/>	APTO(A)	<input type="checkbox"/>	INAPTO(A)	Para a função que vai exercer, exerce ou exerceu conforme "TIPO DE EXAME OCUPACIONAL" (*)	
E também foi considerado:					
<input type="checkbox"/>	APTO(A)	<input type="checkbox"/>	INAPTO(A)	Para realizar trabalhos em altura	Para realizar trabalhos em espaços confinados
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Para operar máquinas e equipamentos ou veículos	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica

 João Pedro Buffon Arce Médico CRM/MS 12014		Recebi a 2ª via deste atestado na presente data 12.12.24  (Assinatura do trabalhador)	
Médico que realizou o Exame Clínico-ocupacional (Carimbo/Assinatura) DATA: 12.12.24	Médico do Trabalho Responsável pelo PCMSO (se houver) (Carimbo/Assinatura) DATA: ____/____/____		
Observações:			