

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: BELENIR MARCULINO DA SILVA	DN: 11/22/1990
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 024.070.032-50
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM	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 S. da Silva
Médico
CPF: 4128461/AM

Médico examinador

Conclusão: Apto (X) Inapto ()

Belenir A. da Silva
Técnico de Enfermagem
CPF: 024.070.032-50

Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: BELENIR MARCULINO DA SILVA	DN: 11/22/1990
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 024.070.032-50
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM	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. da Silva
Médico
CRM-12646/AM

Médico examinador

Belenir Marculino da Silva
Técnico de Enfermagem
Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO.

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: BELENIR MARCULINO DA SILVA	DN: 11/22/1990
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 024.070.032-50
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM	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)
Genit urinário: 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 ()