



ASSIS E COELHO LTDA - ME CLIMESTRA  
Rua. Floresta, Nº 44, Vila Paulista - Redenção PA  
Tel. 94- 3424 -2599 / 99100-7046

## 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:	LUMA SARAIVA MACIEL	Data de Nascimento:	17/10/1989
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:	DENTISTA	CBO:	
RG:		Matrícula:	
CPF:	03067305194	Data do ASO:	09/12/2024
Tipo do Exame:	ADMISSIONAL		

### 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:

	<input checked="" type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> INAPTO	
Apto para trabalho em altura:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	
Apto para trabalho confinado:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input 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. Lacerda Martins*  
CRM-PA 8862

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

*Luma Saraiva Maciel*  
Assinatura do Funcionário Examinado