

## 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:	SOLANGE VIEIRA MUNIZ	Data de Nascimento:	27/04/1980
Empresa:	AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (AGSUS)	CNPJ / CAEPF:	37.318.510/0001-11
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Sector:	OPERACIONAL
Função:	ENFERMEIRO	CBO:	
RG:		Tipo do Exame:	ADMISSINAL
CPF:	94152411104	Matrícula:	
		Data do ASO:	06/12/2024

## 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	06/12/2024

### 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 checked="" type="checkbox"/>	INAPTO	
Apto para trabalho em altura:	<input type="checkbox"/>	SIM	<input checked="" type="checkbox"/>	NAO	
Apto para trabalho confinado:	<input type="checkbox"/>	SIM	<input checked="" type="checkbox"/>	NAO	
	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
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:				

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