



# CENTRO MÉDICO BUFFON ARCE

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


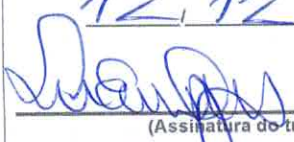
<b>IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO</b>			
RAZÃO SOCIAL:	AGENCIA BRASILEIRA DE APOIO A GESTAO DO SUS	CNPJ/CAEPF:	37.318.510/0001-11
<b>IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR</b>			
NOME COMPLETO:	LUCIANA ELIAS PEREIRA DOS SANTOS	CPF:	895.963.901-04
FUNÇÃO ATUAL:	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	NOVA FUNÇÃO:	

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

<b>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>			
<b>Físicos</b>		<b>Químicos</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 checked="" type="checkbox"/>	Movimentação de pesos
<input type="checkbox"/> Radiação Não Ionizante	<input type="checkbox"/> Fenol	<input 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		
<b>Químicos</b>		<b>Biológicos</b>	
<input type="checkbox"/> Gases Tóxicos	<input type="checkbox"/> Ácidos	<input checked="" type="checkbox"/>	Vírus
<input type="checkbox"/> Cimento	<input type="checkbox"/> Fumos tóxicos	<input checked="" type="checkbox"/>	Bactérias
<input type="checkbox"/> Óxido de Etileno	<input type="checkbox"/> Vapores tóxicos	<input checked="" type="checkbox"/>	Fungos
<input type="checkbox"/> Mercúrio Metálico	<input type="checkbox"/> Chumbo	<input type="checkbox"/>	Protozoários
<input type="checkbox"/> Quimiot. de Câncer	<input type="checkbox"/> Poeiras não fibrinogênicas	<input type="checkbox"/>	Parasitas
<input type="checkbox"/> Solventes orgânicos	<input type="checkbox"/> Poeiras Fibrogênicas	<input type="checkbox"/>	

<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	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	Médico do Trabalho Responsável pelo PCMSO (se houver) (Carimbo/Assinatura)		
DATA: 12/12/24	DATA: ____/____/____		
Observações:			