

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: FRANCY PAULA PINTO PEREIRA	DN: 8/30/1985
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 831.191.322-68
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: TECNICO 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 ()


Dr. Serfaty da Silva
Médico
CRM-12846/AM

Médico examinador

Conclusão: Apto (X) Inapto ()


Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: FRANCY PAULA PINTO PEREIRA	DN: 8/30/1985
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 831.191.322-68
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: TECNICO 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 Serraty da Silva
Médico
CRM-12846/AM

Médico examinador


Franci Paula Pinto Pereira
Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO.

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: FRANCY PAULA PINTO PEREIRA	DN: 8/30/1985
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 831.191.322-68
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: TECNICO 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: Neurológico: sim () não (X) Respiratório: sim () não (X) Cardiovascular: sim () não (X) Gastrointestinal: sim () não (X) Ortopédico: sim () não (X) Geniturinário: sim () não (X) Queixas/diagnósticos:	DESCREVER ALTERAÇÕES:
HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA: Vacinas: sim (X) não () Alergias: sim () não (X) Cirurgias: sim () não (X) Morbidades: sim () não (X) Uso de medicações: sim () não (X) Acidentes de trabalho: sim () não (X)	DESCREVER: COMPLETAS
EXAME CLÍNICO: 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	DESCREVER:
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 ()	