



CENTRO MÉDICO BUFFON ARCE

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)		DATA:	13/12/2024
--	--	-------	------------

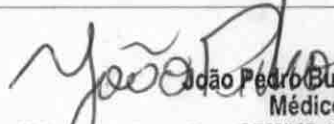
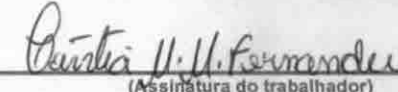
IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO			
RAZÃO SOCIAL:	AGENCIA BRASILEIRA DE APOIO A GESTAO DO SUS	CNPJ/CAEPF:	37.318.510/0001-11
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR			
NOME COMPLETO:	CINTIA MARA MARTINS FERNANDES	CPF:	073.920.691-52
FUNÇÃO ATUAL:	AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	NOVA FUNÇÃO:	

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

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					
Físicos		Químicos		ERGONÔMICOS	
<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 checked="" 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 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		
		<input type="checkbox"/>	Alcalis Cásticos		
Químicos		<input type="checkbox"/>	Ácidos	Biológicos	
<input type="checkbox"/>	Gases Tóxicos	<input type="checkbox"/>	Fumos tóxicos	<input type="checkbox"/>	Vírus
<input type="checkbox"/>	Cimento	<input type="checkbox"/>	Vapores tóxicos	<input type="checkbox"/>	Bactérias
<input type="checkbox"/>	Óxido de Etileno	<input type="checkbox"/>	Chumbo	<input type="checkbox"/>	Fungos
<input type="checkbox"/>	Mercúrio Metálico	<input type="checkbox"/>	Poeiras não fibrinogênicas	<input type="checkbox"/>	Protozoários
<input type="checkbox"/>	Quimiot. de Câncer	<input type="checkbox"/>	Poeiras Fibrogênicas	<input type="checkbox"/>	Parasitas
<input type="checkbox"/>	Solventes orgânicos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

EXAMES MÉDICOS REALIZADOS					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TIPO DE EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA	TIPO EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA

ATESTADO MÉDICO					
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
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		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 13.12.24	
Médico que realizou o Exame Ocupacional (Carimbo/Assinatura) DATA: 13.12.24		Médico do Trabalho Responsável pelo PCMSO (se houver) (Carimbo/Assinatura) DATA: ____/____/____	
 Cintia M. M. Fernandes (Assinatura do trabalhador)			

Observações: