

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

Em conformidade com a Norma Regulamentadora 07 – NR 07, todos os procedimentos para a obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO são custeados pelo empregador abaixo indicado, sem ônus para o empregado, sendo todos os procedimentos relacionados ao PCMSO para a referida função e posto de trabalho. Este exame tem o caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde do trabalhador.

EMPREGADOR	<b>AgSUS</b>	CNPJ	<b>37.318.510/0001-11</b>
------------	--------------	------	---------------------------


IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO			
NOME	<b>Odir Mendes de Arruda</b>	RG	
FUNÇÃO	<b>Agente de saneamento</b>		
DATA DE NASCIMENTO		SEXO	( ) MASCULINO ( ) FEMININO

RISCOS OCUPACIONAIS EXISTENTES (DE ACORDO COM O PPRA)	
FÍSICOS	
QUÍMICOS	
BIOLÓGICOS	<input checked="" type="checkbox"/>
MECÂNICOS	
ERGONÔMICOS	
AUSENCIA DE RISCOS ESPECÍFICOS - ARE	

EXAMES COMPLEMENTARES, DE ACORDO COM O PCMSO	DATA DO EXAME	PRÓXIMO EXAME

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO COORDENADOR			
NOME	<b>RAUL GRIGOLETTI</b>	CRM	<b>1192</b>

AVALIAÇÃO CLÍNICA, ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO E MENTAL	
	DATA DO EXAME
<b>avaliação clínica</b>	<b>14/12/2024</b>
	PRÓXIMO EXAME
	____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR			
NOME	<b>RAUL GRIGOLETTI</b>	DATA	<b>14/12/2024</b>
FONE	<b>3421-7567</b>	CARIMBO COM CRM E ASSINATURA	
CONSIDERANDO A AVALIAÇÃO CLÍNICA POR MIM REALIZADA E OS EXAMES COMPLEMENTARES OBSERVADOS, DEFIJO O EMPREGADO ACIMA IDENTIFICADO COMO <b>apts</b> PARA A FUNÇÃO DECLARADA.		 <b>Dr. Raul Grigoletti</b> Médico do Trabalho CRM 1192 - CPF 232.189.459-91	

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DA 2ª VIA, PELO EMPREGADO	
TOMEI CIÊNCIA DOS RESULTADOS DOS EXAMES E RECEBI A 2ª VIA DESTE ATESTADO EM	____/____/____