

# ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Em cumprimento às Leis Nº 6514 de 22/12/77 Portaria 3214 de 06/06/78 de NR 7 do Ministério do Trabalho, para fins de exame:

☐ Admissional

☐ Demissional

☒ Periódico

☐ Mudança de Função

☐ Retorno ao Trabalho

Atesto que o(a) Sr.(a) Francinilton Ruyne Correia

Identidade: 35.012.057-X Idade: 46 anos - Est. Civil: casado

Função: motorista

Foi submetido(a) a exame clínico encontrando-se ☒ APTO ☐ INAPTO para exercer a função acima mencionada

Riscos ocupacionais existentes na área de trabalho:

Ag. Físicos: ☐ ruído ☐ calor ☐ frio ☐ radiações ☐ umidade ☐ vibrações ☐ contato com  
Ag. Químicos: ☐ gases ☐ vapores ☐ poeiras ☐ fumos ☐ névoas ☐ neblinas ☐ energia elétrica  
Ag. Biológicos: ☐ vírus ☐ bactérias ☐ fungos ☐ parasitas ☐ protozoários ☐ prod. químicos  
Ag. Ergonômicos: ☐ esforço físico ☐ postura inadequada ☐ movimentos repetitivos ☐ ritmo excessivo

Exames complementares solicitados:

<input type="checkbox"/> Glicose	____/____/____	<input type="checkbox"/> VDRL	____/____/____	<input type="checkbox"/> Audiometria Tonal	____/____/____
<input type="checkbox"/> Hemograma	____/____/____	<input type="checkbox"/> Colinesterase	____/____/____	<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma	____/____/____
<input type="checkbox"/> Plaquetas	____/____/____	<input type="checkbox"/> Urina Tipo I	____/____/____	<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma	____/____/____
<input type="checkbox"/> TGO	____/____/____	<input type="checkbox"/> Parasit. Fezes	____/____/____	<input type="checkbox"/> RX de Torax	____/____/____
<input type="checkbox"/> TGP	____/____/____	<input type="checkbox"/> Coprocultura	____/____/____	<input type="checkbox"/> RX de Coluna Lombar	____/____/____
<input type="checkbox"/> Gama GT	____/____/____	<input type="checkbox"/> Agudeza Visual	____/____/____	<input type="checkbox"/> Espirometria	____/____/____

EPI's sugeridas: ☐ tela p/ monitor ☐ cinto segurança ☐ apoio p/ os pés ☐ apoio p/ teclado  
☐ capacete ☐ óculos ☐ protetor auricular ☐ luvas ☐ meias ☐ máscaras ☐ capuz ☐ japonsa ☐ botina  
☐ botas ☐ avental ☐ protetor facial ☐ abafador de ruídos ☐ suporte de punho ☐ calças

Apto ao trabalho em alturas. ☐ Sim ☐ Não

Apto ao trabalho em espaço confinado. ☐ Sim ☐ Não

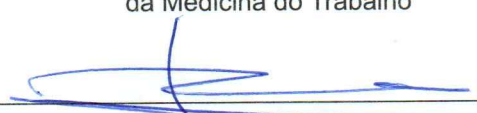
OBS:

Clínica Médica J. R. Merli Ltda. CNPJ 03.132.705/0001-50  
Médico do Trabalho - Dr. José Roberto Merli  
CREMESP 32845 - DSSST 15037 - CPF: 465.217.717-87  
Endereço: Rua Cel. Alípio Dias, 705  
São José do Rio Pardo - SP - Telefone: (19) 3608-5602

São José do Rio Pardo

Data 01/09/25

Médico Coordenador  
da Medicina do Trabalho

  
DR. JOSÉ ROBERTO MERLI  
CRM-SP 32845  
MÉDICO DO TRABALHO 15037

Conforme determina a NR - 7,  
declaro ter recebido a 2ª Via deste  
Atestado de Saúde Ocupacional.

  
Assinatura do Funcionário