

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO**

EMPRESA: EASYASSIST DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS LTDA

**1- IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

Paciente: BRENO NORBERTO CAVALCANTE

Data Nascimento: 20/05/1980

CPF: 83842314353

Função: PROGRAMADOR

**2 - RISCOS EXISTENTES NA ATIVIDADE DO EMPREGADOR**

**2.1 - ERGONOMIGOS**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monotonia          | <input type="checkbox"/> Trab. Diurno/Noturno      | <input type="checkbox"/> Ritmo Excessivo               | <input type="checkbox"/> Trabalho Pesado      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Atenção | <input checked="" type="checkbox"/> Repetitividade | <input checked="" type="checkbox"/> Postura Inadequada | <input type="checkbox"/> Falta de Treinamento |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidade   |  |  |   |

**2.2 - QUÍMICOS**

- |  |   |  |  |                                     |
|--|---|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Óleo de corte | <input type="checkbox"/> Gases          | <input type="checkbox"/> Solventes Orgânicos | <input type="checkbox"/> Fumos Metálicos | <input type="checkbox"/> Poeiras    |
| <input type="checkbox"/> Agrotóxicos   | <input type="checkbox"/> Isocianatos    | <input type="checkbox"/> Vapores             | <input type="checkbox"/> Pesticidas      | <input type="checkbox"/> Irritantes |
| <input type="checkbox"/> Metais        | <input type="checkbox"/> Clorocompostos | <input type="checkbox"/> Tintas              | <input type="checkbox"/> Cáusticos       | <input type="checkbox"/> Vernizes   |

**2.3 - FÍSICOS**

- |  |                                   |                                |                               |                                    |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ruídos                                  | <input type="checkbox"/> Radiação | <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Vibrações |
| <input type="checkbox"/> Níveis de pressão atmosféricas anormais |                                   |                                |                               |                                    |

**2.4 - MECÂNICOS**

- |                                 |                                     |                                 |                                   |                                   |                                 |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chapas | <input type="checkbox"/> Gilhotinas | <input type="checkbox"/> Prensa | <input type="checkbox"/> Fagulhas | <input type="checkbox"/> Explosão | <input type="checkbox"/> Quedas |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

**2.5 - BIOLÓGICO**

- |                                    |                                 |                                |                                    |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mosquitos | <input type="checkbox"/> Cobras | <input type="checkbox"/> Ratos | <input type="checkbox"/> Barbeiros |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|

**2.6 - OUTROS RISCOS**

**3 - PROCEDIMENTOS MÉDICOS**

☒ Avaliação Clínica e Anamnese Ocupacional

Data: 20/02/24

☐ Exame de aptidão física e mental

Data:

**3.1 - EXAMES COMPLEMENTARES**

Exame: não há

Data:

Exame:

Data:

Exame:

Data:

Observação:

**4 - CONCLUSÃO SOBRE CAPACIDADE LABORATIVA, APTO PARA A FUNÇÃO QUE:**

- |                                      |  |                                  |                                 |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Irá exercer | <input checked="" type="checkbox"/> Exerce | <input type="checkbox"/> Exerceu | <input type="checkbox"/> Inapto |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|

**5 - VALIDADE DO EXAME MÉDICO**

- |  |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> HUM (01) ANO | <input type="checkbox"/> DOIS (02) ANOS | <input type="checkbox"/> ( ) |
|--|---|------------------------------|

**6 - MOTIVO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

- |                                       |                                       |  |   |   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demissional: | <input type="checkbox"/> Admissional: | <input checked="" type="checkbox"/> Periódico: | <input type="checkbox"/> Mudança de Função: | <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho: |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|---|


**7 - MÉDICO ENCARREGADO DO EXAME**

Nome: LUCIANA HOLANDA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE - CRM:16700

Ass: 

**8 - COORDENADOR DO PCMSO DA EMPRESA (QUANDO APLICÁVEL)**

Nome:

CRM: 

Recebi 2 Via do ASO em: 20/02/24

Obs: O exame médico deve ser custeado pelo empregador(Art, 168 da CLT))

9

Ass. Func. 