

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

EMPRESA: EASYASSIST DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS LTDA

1- IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Paciente: BRENO NORBERTO CAVALCANTE

CPF: 83842314353

Data Nascimento: 20/05/1980

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 checked="" 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 ENCARGADO 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. *[assinatura]*

Dra Luciana Cavalcanti
Médica
CREMEC 16700



LABCLINICA CONSULTA & EXAMES
CNPJ: 23.510.750/0001-09
Rua Irmã Ambrosina, 155A - Centro
Eusébio - CE - (85) 3260-1046

RECIBO

R\$ 25,00

Recebi(emos) EASYASSIST DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS LTDA, a importância de R\$:25.00(Vinte e Cinco Reais) referente a(o) ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL da (o) colaborador (a) BRENO NORBERTO CAVALCANTE, pelo que afirmamos o presente recibo para os devidos fins e efeitos legais.

20/2/2024