

# ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

## INFORMAÇÕES DO EXAME

Empresa:	Sexo:	
Nome:	Dat. Nascimento:	Idade:
Função:	Telefone:	
RG:	CPF:	
Naturalidade:		

## EXAMES MÉDICOS

Exame Admissiional	Exame Demissional	Exame Periódico	Mudança de Função	Retorno ao Trabalho
--------------------	-------------------	-----------------	-------------------	---------------------

## RISCOS OCUPACIONAIS

Caracteriza exposição aos riscos ambientais ?	Sim	Não						
Riscos físicos	Ruído	Frio	Calor	Radiação Ionizante	Vibração	Radiação não Ionizante	Umidade	Outros
Riscos Químicos	Sílica	Fumos Metálicos	Poeira	Névoas	Gases	Álcalis Caustico	Vapores	Neblinas
Riscos Biológicos	Vírus	Protozoários	Bactérias	Fungos	Parasitas	Outros		

## MODALIDADES DE EXAME

Acuidade Visual	Ácido Hipúrico	Fenol
Audiometria	Ácido Metil Hipúrico	Gama GT
Avaliação Clínica	Anti HBS	Glicemia
ECG	Carboxhemoglobina	Hemograma Completo
EEG	Cholesterol Total/Frações	Parasitológico
Espirometria	Contagem de Plaquetas	TGO/TGP
Palografico	Creatina	Uréia
Raio X		Urina Rotina
Raio X Lombar	Dosagem Chumbo	TSH

## CONCLUSÃO

Atesto em cumprimento à NR 07 que o Sr.(a) foi examinado(a) nesta data, sendo o resultado de sua avaliação:

Observação:

Data da emissão do ASO:

## RESPONSABILIDADE

Dra. Andrea Guimarães Lara  
CRM 21996  
Médica do trabalho  
Médica examinadora

Dra. Andrea Guimarães Lara  
CRM 21996  
Médico coordenador do PCMSO

RECEBI A 2ª VIA DO ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL E ESTOU CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E DAS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS.

ASSINATURA DO EXAMINADO:\_\_\_\_\_