

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Em conformidade com a Norma Regulamentadora nº 7 (NR-7)

1. IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome Completo:	[NOME DO TRABALHADOR]
Identidade (RG):	[NÚMERO DO RG]
CPF:	[NÚMERO DO CPF]
Função/Cargo:	[FUNÇÃO DO TRABALHADOR]
Setor:	[SETOR DE TRABALHO]

2. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Razão Social:	[NOME DA EMPRESA]
CNPJ:	[NÚMERO DO CNPJ]
Endereço:	[ENDEREÇO DA EMPRESA]

3. RISCOS OCUPACIONAIS

Indicação dos riscos específicos existentes na atividade do empregado (ou sua ausência):

Ausência de riscos ocupacionais específicos

Riscos identificados:

- Físicos: (ex: ruído, calor, radiações)*
 - Químicos: (ex: poeiras, fumos, solventes)*
 - Biológicos: (ex: bactérias, vírus)*
 - Ergonômicos: (ex: postura inadequada, esforço físico)*
 - De Acidentes: (ex: queda, choque elétrico)*
-

4. PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS

Exames clínicos e complementares realizados (conforme PCMSO):

Procedimento	Data de Realização
Avaliação Clínica (Anamnese e Exame Físico)	[//____]
[EXAME COMPLEMENTAR 1]	[//____]
[EXAME COMPLEMENTAR 2]	[//____]

5. CONCLUSÃO MÉDICA

Após avaliação clínica e análise dos exames complementares, o trabalhador acima identificado é considerado:

APTO

INAPTO

Para a função específica descrita neste documento.

6. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Médico Encarregado do Exame:	[NOME DO MÉDICO]
CRM:	[NÚMERO DO CRM] / [UF]
Endereço/Contato:	[ENDEREÇO OU TELEFONE DO MÉDICO/CLÍNICA]

Médico Coordenador (se houver):	[NOME DO MÉDICO COORDENADOR]
CRM:	[NÚMERO DO CRM] / [UF]

7. ASSINATURAS E DATAS

Data de Emissão: [CIDADE], [DIA] de [MÊS] de [ANO].

Assinatura e Carimbo do Médico Encarregado

Assinatura do Trabalhador (*Ciente do resultado e recebimento da 2ª via*)

Este documento foi emitido em 02 (duas) vias, sendo a 1ª via arquivada na empresa e a 2ª via entregue ao trabalhador.