

# 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.*