

GUIA - EXAME DE MUDANÇA DE RISCO/FUNÇÃO

Funcionário:	NOME DO CALABORADOR (F) (/ /) (anos)	CPF:
Cargo:	DE OPERADOR DE CAIXA PARA AUXILIAR ADMINISTRATIVO	RG:	
Empregador:	NOME DA EMPRESA	CNPJ:

Procedimentos	Prestador	Data / Hora
(0295) Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese e Exame físico)		

Observações:	CARGO DO COLABORADOR: AUXILIAR ADMINISTRATIVO CBO: 411005 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PCMSO: WILSON JOSÉ DE BARROS CRM: 819 - MT RISCOS DO CARGO: Ergonômicos 04.02.002 Mobiliário sem meios de regulagem de ajuste, 04.01.001 Trabalho em posturas incômodas ou pouco confortáveis por longos períodos, 04.01.002 Postura sentada por longos períodos, 04.01.008 Frequentes execução de movimentos repetitivos, 04.01.020 Trabalho intensivo com teclado ou outros dispositivos de entrada de dados
---------------------	--

Emitente

NOME DO COLABORADOR

CPF:

Atestado de Saúde Ocupacional-ASO

EXAME DE MUDANÇA DE RISCO/FUNÇÃO

Funcionário:	NOME DO CALBORADOR (F) (/ /) (anos)	CPF:
Cargo:	DE OPERADOR DE CAIXA PARA AUXILIAR ADMINISTRATIVO	RG:	
Empregador:	NOME DA EMPRESA	CNPJ:

Médico emitente:	NOME DO MEDICO	CRM:
Médico resp. pelo PCMSO:	NOME DO MEDICO	CRM:

Descrição dos fatores de riscos:

Ergonômicos

04.02.002 Mobiliário sem meios de regulagem de ajuste, 04.01.001 Trabalho em posturas incômodas ou pouco confortáveis por longos períodos, 04.01.002 Postura sentada por longos períodos, 04.01.008 Frequentes execução de movimentos repetitivos, 04.01.020 Trabalho intensivo com teclado ou outros dispositivos de entrada de dados

Procedimentos:

(0295) Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese e Exame físico)

/ /

Observações:

CARGO DO COLABORADOR:CBO:.....

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO EXAME:

CNPJ:

ENDEREÇO:.....

,CIDADE:....., CEP:

TELEFONE PARA CONTATO:

☐

APTO

☐

INAPTO

DATA:

/ /

1ª via do ASO para empresa, 2ª via para o trabalhador(a)

Segunda via recebida

NOME DO MEDICO

CRM:

NOME DO COLABORADOR

CPF:

Resposta de Prontuário Eletrônico

PRONTUÁRIO DO MÉDICO - DE MUDANÇA DE RISCO/FUNÇÃO

Funcionário:	NOME DO CALBORADOR (F) (/ /) (anos)	CPF:
Cargo:	DE OPERADOR DE CAIXA PARA AUXILIAR ADMINISTRATIVO	RG:	
Empregador:	NOME DA EMPRESA	CNPJ:

Emitente:	NOME DO MEDICO	CRM:
------------------	----------------	-------------	-------

Observações:	CARGO DO COLABORADOR: AUXILIAR ADMINISTRATIVO CBO: 411005 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PCMSO: WILSON JOSÉ DE BARROS CRM: 819 - MT RISCOS DO CARGO: Ergonômicos 04.02.002 Mobiliário sem meios de regulação de ajuste, 04.01.001 Trabalho em posturas incômodas ou pouco confortáveis por longos períodos, 04.01.002 Postura sentada por longos períodos, 04.01.008 Frequentes execuções de movimentos repetitivos, 04.01.020 Trabalho intensivo com teclado ou outros dispositivos de entrada de dados
---------------------	---

1) Peso e altura:	2) Pressão arterial:
3) Batimentos por minuto:	4) Está sob tratamento médico: () Sim () Não
5) Alergias: () Sim () Não	6) Problemas de Coluna: () Sim () Não
7) Dorme bem? () Sim () Não	8) Praticar exercício? () Sim () Não
9) Fuma: () Sim () Não	10) Faz uso de bebida alcoólica: () Sim () Não
11) Utiliza medicação controlada: () Sim () Não	

Assino como prova de ter declarado a verdade

NOME DO MEDICO
CRM:

NOME DO COLABORADOR
CPF:.....