

A S O - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO

Empresa			
Razão Social:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Bairro:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
CNPJ:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	CEP:	XXXXXXX
Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Cidade/UF:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Funcionário			
Nome:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Matrícula / Código:	XXXXXXXXXX		
RG / CPF:	XXXXXXXXXX/XXXXXXXXXX	Órgão Emissor:	
Nascimento/Idade:	XXXXXXXXXX	Sexo:	XXXXXXXXXX
Cargo:	AJUDANTE DE ELETRICISTA		
Riscos			
Físicos	Ruído .		
Químicos	Poeira Respirável.		
Ergonômicos	Postura inadequada (Repetitividade de movimentos, Ritmo de trabalho, Trabalho em pé ou agachado).		
Acidentes	Batida Contra, Queda com diferença de nível (acima 2,00 metros), Queda do mesmo nível.		
EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:			
Admissional			
Avaliação Clínica e Exames Realizados			
30/08/2022	ACUIDADE VISUAL	30/08/2022	AUDIOMETRIA
30/08/2022	AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL	30/08/2022	ELETROCARDIOGRAMA - ECG
30/08/2022	ELETOENCEFALOGRAMA - EEG	30/08/2022	ESPIROMETRIA
30/08/2022	Exame Clínico	30/08/2022	GLICOSE JEJUM
30/08/2022	HEMOGRAMA COMPLETO	30/08/2022	RX TORAX (PA) COM LEITURA OIT
Parecer			
Apto para função			
Apto para Trabalho em Altura			
Observações			
Médico Coordenador do PCMSO			
XXXXXXXXXXXXXXXXXX		CRM: XXXXXXXXX	

ASO Emitido em

xx/xx/xxxx

DECLARO TER RECEBIDO CÓPIA DESTE ATESTADO



Assinatura Médico Examinador

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
CRM: XXXXXXXX

Assinado Biometricamente xx/xx/xxxx

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Candidato/Trabalhador





Assinado digitalmente por: CN: < NOME DO MÉDICO EXAMINADOR + CPF > , Data: 01/09/2022 09:53:04