

	FICHA ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)	UNIDADE:	
		DATA:	

IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO			
RAZÃO SOCIAL:	XX	CNPJ/ CAEPF:	XXXXXXXXXX

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR			
NOME COMPLETO:	Matheus Machado	CPF:	123456
FUNÇÃO ATUAL:	Desenvolvedor	NOVA FUNÇÃO:	XXXX

TIPO DE EXAME OCUPACIONAL (*)					
X	EXAME ADMISSIONAL		EXAME DEMISSSIONAL		EXAME DE MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS
	EXAME PERIÓDICO		EXAME DE RETORNO AO TRABALHO		EXAME DE MONITORAÇÃO PONTUAL

DESCRIÇÃO DOS PERIGOS OU FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS E CLASSIFICADOS NO INVENTÁRIO DE RISCOS DO PGR QUE NECESSITEM DE CONTROLE MÉDICO PREVISTO NO PCMSO, OU A SUA INEXISTÊNCIA

EXAMES MÉDICOS REALIZADOS					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TIPO DE EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA	TIPO EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA
Globulos loucos		1/1/23			

EXAME CLÍNICO-OCUPACIONAL	
DATA DE REALIZAÇÃO:	

ATESTADO MÉDICO							
Atesto que o trabalhador acima identificado se submeteu aos exames médicos ocupacionais sendo considerado:							
X	APTO(A)		INAPTO(A)	Para a função que vai exercer, exerce ou exerceu conforme "TIPO DE EXAME OCUPACIONAL" (*)			
E também foi considerado:							
X	APTO(A)		INAPTO(A)	X	Para realizar trabalhos em altura		Para realizar trabalhos em espaços confinados
				X	Para operar máquinas e equipamentos ou veículos		Não se aplica
Validade deste ASO:							
	Seis meses	X	Um ano		Dois anos		Outro (especificar):

Médico do Trabalho que realizou o Exame Clínico-Occupacional *(Carimbo/Assinatura)	Médico do Trabalho Responsável pelo PCMSO (se houver) *(Carimbo/Assinatura)	Recebi a 2ª via deste atestado na presente data _____/_____/_____ (Assinatura do trabalhador)
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	
*Carimbo com nome completo, titularidade, CRM e CPF	*Carimbo com nome completo, titularidade, CRM e CPF	
Observações:		