|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE ASO – Atestado de Saúde Ocupacional:** | | | | | |
| **X** | ADMISSIONAL |  | DEMISSIONAL |  | MUDANÇA DE RISCO |
|  | PERIÓDICO |  | RETORNO AO TRABALHO |  | CONSULTA AVULSA |
|  | VALIDAÇÃO DE ATESTADO |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data prevista para Admissão, Troca de Função ou Retorno ao Trabalho: 15/08/2025 |  |
| Obs.: Os Atestado de Saúde Ocupacional de Admissão, Mudança de risco, Retorno ao Trabalho e Demissional, devem ser realizados, **impreterivelmente**, antes da movimentação do trabalhador e somente diante da aptidão.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | AUDIOMETRIA |  | ELETROCARDIOGRAMA |  | ESPIROMETRIA | |  | HEMOGRAMA |  | ELETROENCEFALOGRAMA |  | RX | |  | GLICOSE |  | ACUIDADE VISUAL |  | OUTROS (Descrever abaixo) | |  |
| |  |  | | --- | --- | |  | **Outros:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EMPRESA:** | **{{ subsidiarie }}** | | |
| **UNIDADE OU OBRA:** | **{{ subsidiarie }}** | | |
| **NOME FUNCIONÁRIO (sem abreviação) {{ name }}** | | | |
| **NASCIMENTO {{ datebirth }}** | | **RG** |  |
| **PIS/NIT** | | **CPF:** | **{{ cpf }}** |
| **MATRÍCULA:** | | **SETOR:** | **{{ sector }}** |
| **CARGO/FUNÇÃO:** | **{{ function }}** | | |
| **GES:** | **{{ sector }}** | | |
| **CBO (Para Cargos Novos**  **Obs.:** Para cargos novos, enviar descrição de atividades com no máximo 999 caracteres, em atendimento ao eSocial. | | | |
| **TRABALHO EM ALTURA: ( ) SIM** | | **TRABALHA COM EMPILHADEIRA: ( )SIM** | |
| **TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO: ( )SIM** | | **MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS: ( ) SIM** | |
| **OPERADOR DE VEÍCULO : ( )SIM** | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **DATA ASSINTATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DA EMPRESA** |  |
| **Telefone para Contato** |

**ENDEREÇO PARA O EXAME:**

**( X ) CENTRO** - RUA MINISTRO CALÓGERAS, 157 – BUCAREIN - JOINVILLE / SC TELEFONE: (47) 3431-6161

**( ) PERINI** - RUA DONA FRANCISCA, 8300 – ZONA INDUSTRIAL NORTE - JOINVILLE / SC TELEFONE: (47) 3425-0096