



# Medicina e Segurança no Trabalho

CNPJ: 28.586.312/0001-48

Rua Castro Alves, 826 - Centro - CEP 75800-021 - Jataí - GO

Fone: (64) 3631-8256 / 99655-6371

E-mail: metra.medicinadotrabalho@gmail.com

# ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL ASO

O presente ASO está de acordo com a portaria nº 3.214 de 08/06/78, e conforme redação da portaria nº 24 de 29/12/94 da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho - SSTS e Artigo 168 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

NOME DO EMPREGADO: <i>Antônio Batista G. F. Junior</i>		IDENTIDADE/ORGÃO EXPEDIDOR: <i>5986335 SSP GO</i>	CPF: <i>300.982.651-05</i>
EMPRESA: <i>Trac Limpeza, Acesso e Conservação Predial Ltda</i>		CNPJ/CPF: <i>10.528.510/0001-90</i>	
FUNÇÃO: <i>Interprete de Libras</i>		SETOR:	

## EXAME MÉDICO

<input checked="" type="checkbox"/> ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL	<input type="checkbox"/> COMPLEMENTAR
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS	<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO	<input type="checkbox"/> OUTROS	P/ _____

## RISCOS AMBIENTAIS

RISCOS FÍSICOS	<input type="checkbox"/> RUIDOS	<input type="checkbox"/> CALOR	<input type="checkbox"/> UMIDADE	<input type="checkbox"/> VIBRAÇÕES
	<input type="checkbox"/> FRIO	<input type="checkbox"/> PRESSÕES ANORMAIS	<input type="checkbox"/> RADIAÇÕES IONIZANTES	<input type="checkbox"/> RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES
<input type="checkbox"/> INEXISTENTES				

RISCOS QUÍMICOS	<input type="checkbox"/> POEIRAS	<input type="checkbox"/> FUMOS	<input type="checkbox"/> NÉVOAS	<input type="checkbox"/> GASES
	<input type="checkbox"/> VAPORES	<input type="checkbox"/> NEBLINAS	<input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIAS, COMPOSTAS OU PRODUTOS QUÍMICOS EM GERAL	
<input type="checkbox"/> INEXISTENTES				

RISCOS BIOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> VÍRUS	<input type="checkbox"/> BACTÉRIAS	<input type="checkbox"/> PROTOZOÁRIOS	<input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS
	<input type="checkbox"/> FUNGOS	<input type="checkbox"/> PARASITAS	<input type="checkbox"/> BACILOS	<input type="checkbox"/> INEXISTENTES

RISCOS ERGONÔMICOS	<input type="checkbox"/> ESFORÇO FÍSICO INTENSO	<input type="checkbox"/> EXIGÊNCIA DE POSTURA INADEQUADA	<input type="checkbox"/> IMPOSIÇÃO DE RÍTMOS EXCESSIVOS	<input type="checkbox"/> CONTROLE RÍGIDO DE PRODUTIVIDADE	<input type="checkbox"/> TRABALHO EM TURNO E NOTURNO	<input type="checkbox"/> JORNADAS DE TRABALHO PROLONGADAS
	<input type="checkbox"/> LEVANTAMENTO E TRANSPORTE MANUAL DE PESO	<input type="checkbox"/> MONOTONIA E REPETITIVIDADE	<input type="checkbox"/> OUTRAS SITUAÇÕES CAUSADORAS DE STRESS FÍSICO E/OU PSÍQUICO		<input type="checkbox"/> INEXISTENTE	

RISCOS DE ACIDENTES	<input type="checkbox"/> QUEDA DE PESSOAS DE MESMO NÍVEL E DIFERENÇA DE NÍVEL	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> FERIMENTOS DE MEMBROS
	<input type="checkbox"/> ELETRICIDADE	<input type="checkbox"/> ARRANJO FÍSICO INADEQUADO	<input type="checkbox"/> FERRAMENTAS INADEQUADAS OU DEFEITUOSAS
	<input type="checkbox"/> ANIMAIS PEÇONHENTOS	<input type="checkbox"/> MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS SEM PROTEÇÃO	<input type="checkbox"/> ILUMINAÇÃO INADEQUADA
	<input type="checkbox"/> PROBABILIDADE DE INCÊNDIO OU EXPLOÇÃO	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO POR GÁS AMÔNIA
	<input type="checkbox"/> ARMAZENAMENTO INADEQUADO	<input type="checkbox"/> BATIDA CONTRA	<input type="checkbox"/> INEXISTENTES

OBSERVAÇÕES:

## EXAMES COMPLEMENTARES

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO - FÍSICO <i>13/09/23</i>	<input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/> RX TÓRAX AP	<input type="checkbox"/> E.P.F.
<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> EEG
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO	<input type="checkbox"/> ACUIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> TGO
<input type="checkbox"/> COPROCULTURA	<input type="checkbox"/> GLICEMIA EM JEJUM	<input type="checkbox"/> GAMA-GT	<input type="checkbox"/> CREATININA
<input type="checkbox"/> RX COLUNA LOMBAR	<input type="checkbox"/> URINA DE ROTINA	<input type="checkbox"/> COLINESTERASE	<input type="checkbox"/> URÉIA

OBSERVAÇÕES: *Não realizado exame complementar.*

ASO COM PCMSO

ASO SEM PCMSO

O EMPREGADO ACIMA FOI EXAMINADO E CONSIDERADO:

<input checked="" type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> INAPTO
<input type="checkbox"/> APTO COM RESTRIÇÃO	<input type="checkbox"/> APTO P/ ALTURA
<input type="checkbox"/> APTO P/ ESPAÇO CONFINADO	

MÉDICO(A) ENCARREGADO(A) DO EXAME:

Dr. Eduardo Ribeiro Sene  
Médico  
CRM-GO 2555

*Jataí 13/09/23*

MÉDICO(A) COORDENADOR(A) PCMSO:

OBSERVAÇÕES:

PROTOCOLO: Declaro ter sido informado pelo médico examinador das minhas condições de saúde e ter recebido a 2ª via deste Atestado de Saúde Ocupacional - ASO.

*13/09/23*  
DATA

*Antônio Batista G. F. Junior*  
ASSINATURA POR EXTENSO DO EMPREGADO