



Medicina e Segurança no Trabalho

CNPJ: 28.584.312/0001-48

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 - SSST e Artigo 168 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

NOME DO EMPREGADO:

Simone machado da Silva

IDENTIDADE/ORGÃO EXPEDIDOR: CPF:

3650563 DGPC60 89414349120

EMPRESA:

limpeza, assis e Conservação Predial Ltda 10 52851000090

FUNÇÃO:

Interprete de libras

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	PI: _____

RISCOS AMBIENTAIS

RISCOS FÍSICOS	<input type="checkbox"/> RUÍDOS	<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"/> BACIOS	<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	13/09/23	<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 exames complementares

ASO COM PCMSO ASO SEM PCMSO

O EMPREGADO ACIMA FOI EXAMINADO E CONSIDERADO:	MÉDICO(A) ENCARREGADO(A) DO EXAME:	MÉDICO(A) COORDENADOR(A) PCMSO:
<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 <input type="checkbox"/> _____	Dr. Genildo da Silva CRM GO 2814 MÉDICO DO TRABALHO METRA MEDICINA E SEG. NO TRABALHO 13/09/23	

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

Simone Machado da Silva ASSINATURA POR EXTENSO DO EMPREGADO