

# Medicina e Segurança do Trabalho

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Em cumprimento ao disposto no Artigo 168 da CLT e na NORMA REGULAMENTADORA N° 7, aprovada pela portaria N° 3214, de 08/06/78

|                                                                                                                                                                           |                |                                                                 |                         |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|
| Empresa:                                                                                                                                                                  |                |                                                                 |                         |                |
| CNPJ:                                                                                                                                                                     |                | Grau de Risco:                                                  |                         |                |
| Nome:                                                                                                                                                                     |                | Idade:                                                          |                         |                |
| Data de Nascimento:                                                                                                                                                       | RG:            | CPF:                                                            |                         |                |
| Setor:                                                                                                                                                                    | Seção:         | Função: <i>INSTALADOR</i>                                       |                         |                |
| Finalidade:                                                                                                                                                               |                | Riscos Ambientais Identificados:                                |                         |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Admissional                                                                                                                           |                | Risco:                                                          | Tipo:                   |                |
| <input type="checkbox"/> Periódico                                                                                                                                        |                | <input checked="" type="checkbox"/> Físicos:                    | <i>RUÍDO</i>            |                |
| <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho                                                                                                                              |                | <input type="checkbox"/> Químicos:                              |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Mudança de função                                                                                                                                |                | <input type="checkbox"/> Biológicos:                            |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Demissional                                                                                                                                      |                | <input checked="" type="checkbox"/> Ergonômicos:                | <i>POSTURA INCOMODA</i> |                |
| <input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                          |                |                                                                 |                         |                |
| Em observação ao subitem 7.4.1 da Norma Regulamentadora nº7, atestamos que o colaborador, acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados: |                |                                                                 |                         |                |
| Data:                                                                                                                                                                     | Tipo de Exame: |                                                                 | Data:                   | Tipo de Exame: |
| 13/09/2016                                                                                                                                                                | EXAME CLINICO  |                                                                 |                         |                |
| 13/09/2016                                                                                                                                                                | AUDIOMETRIA    |                                                                 |                         |                |
|                                                                                                                                                                           |                |                                                                 |                         |                |
|                                                                                                                                                                           |                |                                                                 |                         |                |
|                                                                                                                                                                           |                |                                                                 |                         |                |
|                                                                                                                                                                           |                |                                                                 |                         |                |
|                                                                                                                                                                           |                |                                                                 |                         |                |
|                                                                                                                                                                           |                |                                                                 |                         |                |
|                                                                                                                                                                           |                |                                                                 |                         | Outros:        |
| Atesto que o examinado foi considerado:                                                                                                                                   |                |                                                                 |                         |                |
| <input type="checkbox"/> APTO PARA FUNÇÃO                                                                                                                                 |                | <input type="checkbox"/> APTO PARA TRABALHO EM ALTURA           |                         |                |
| <input type="checkbox"/> INAPTO PARA FUNÇ                                                                                                                                 |                | <input type="checkbox"/> APTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO |                         |                |
| <input type="checkbox"/> APTO COM RESTRIÇÃO                                                                                                                               |                | <input type="checkbox"/> APTO PARA TRABALHO COM ELETRICIDADE    |                         |                |
| Médico Examinador                                                                                                                                                         |                | Assinatura do Funcionário                                       |                         |                |
| Assinatura / Carimbo / CRM                                                                                                                                                |                |                                                                 |                         |                |
| Data de Conclusão do ASO:                                                                                                                                                 |                | 13 / 09 / 2016                                                  |                         |                |
| Estou ciente do resultado do presente exame médico. Recebi a cópia deste ASO e dos exames complementares que realizei.                                                    |                |                                                                 |                         |                |
| 1ª Via - Departamento Pessoal                                                                                                                                             |                | 2ª Via Funcionário                                              |                         |                |