



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO **XX** REGIÃO

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Atesto que _____,
matrícula _____, ocupante do cargo: _____,
lotado(a) no(a) _____, realizou avaliação:

- () PRÉ-ADMISSIONAL
- () PERIÓDICA
- () RETORNO AO TRABALHO
- () MUDANÇA DE FUNÇÃO
- () DEMISSIONAL

Tendo sido submetido(a) a exame clínico e aos seguintes exames complementares:

- () HEMOGRAMA (____/____/____)
- () LIPIDOGRAMA (____/____/____)
- () GLICEMIA DE JEJUM (____/____/____)
- () MAMOGRAFIA (____/____/____)
- () CITOLOGIA ONCÓTICA/PAPANICOLAU (____/____/____)
- () PSA TOTAL (____/____/____)
- () SANGUE OCULTO NAS FEZES (____/____/____)
- () EXAME OFTALMOLÓGICO (____/____/____)
- () CONSULTA CARDIOLÓGICA (____/____/____)
- () TESTE ERGOMÉTRICO (____/____/____)

Conclusão:

- () APTO(A)
- () INAPTO(A)
- () INAPTO(A) TEMPORARIAMENTE, COM NECESSIDADE DE REAVALIAÇÃO EM
____/____/____.

OBSERVAÇÃO(ÕES): _____

_____, ____/____/____.

Médico(a) examinador(a)