



ANEXO I - ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO / CANDIDATO	
Nome:	Matrícula:
Sexo: () M () F	Data de Nascimento:
Lotação: Cedido	Data de Admissão:
	Cargo:

TIPO DE EXAME REALIZADO				
() Admissional	() Periódico	() Retorno ao Trabalho	() Mudança de Função Cargo Futuro: _____ _____	() Demissional
Insalubridade: () N () S				
Riscos Ocupacionais: () N () S				
Se sim: () Físico () Químico () Biológico				

PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS	
Exames	Data da Realização:
() Exame Clínico	____/____/____
Outros:	
()	____/____/____
()	____/____/____
()	____/____/____
() _____	____/____/____
() _____	____/____/____

Dr. Eduardo Leal Souto
Coordenador do PCMSO - Dataprev
CRM 52-41.927-2 DMSHT 17.919

CONCLUSÃO	
() APTO	() INAPTO
OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____	

Unidade Executora:	
Empresa Prestadora Responsável pela execução:	
Local e Data	Assinatura e carimbo do médico

Recebi a 2ª via deste atestado em ____/____/____

Assinatura do empregado