



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Atesto que o(a) Sr(a) _____, _____ anos,

RG: _____ na função de _____
foi submetido em _____ ao PERIÓDICO

Consta(m) do(s) procedimento(s) médico(s) seguinte(s) avaliação(es) complementar(es):

Outros: _____
Uma cópia do(s) resultado(s) estará(ão) arquivado(s) no prontuário médico do avaliado(a).

Consulta Clínica (incluída Anamnese e Exames Clínicos) DATA: ____/____/____
 Outros: _____ DATA: ____/____/____

E após análise médica realizada, informo que o(a) Sr(a):

- Aguardando resultado dos exames
 Apto para a função que exerceu ou exerce
 Inapto para a função que exerceu ou exerce

Validade: 24 meses 12 meses 6 meses Outros: _____

Riscos: Ausência de Riscos

Utiliza lente ou óculos corretivo de grau: Sim Não

OBS: PcD - enquadra-se no decreto no. 5296 de 02/12/2004-D.O.U 03/12/20 Sim Não

Data: _____ Médico Examinador: _____

Declaro ter sido informado(a) pelo médico examinador, das condições de minha saúde e de ter recebido cópia deste atestado em igual teor ao que foi informado à empresa que trabalho(ei), nos termos da Norma Reguladora n.07.
ATESTADO EM 2 VIAS.

Avaliado(a): _____

Médico Coordenador do PCMSO CAPESESP

Contato (021) 3479-1200 (2a./6a. de 08 às 12:00 - 13: às 17:00 horas)
Endereço: Av. Marechal Câmara 160 - 6o. e 7o. Andares - Centro - Rio de Janeiro

Data da impressão do ASO: _____