|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Rua Sete de Abril, 59, andar 8** |
|  | **Ao lado metrô Anhangabaú, Terminal Bandeira de ônibus ou Praça Ramos.** **(11) 3772-3194 / (11) 3771-3484 / (11) 3219-3632** |
|  | **ATENDEMOS DAS 8HS AS 19HS DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA** |
|  |
| **Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.517 e as portarias Nº 3.214/78, 24/94 e 8/96 NR-7 do Ministério do Trabalho e Previdência Social foi emitido o:** |
|   |
|  **ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | [ ]  | ADMISSIONAL |  |[ ]  PERIÓDICO |  |[ ]  DEMISSIONAL |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | [ ]  | RETORNO AO TRABALHO(anexar Laudos/Exames/Atestados/Alta médica Comunicado INSS) |  |[ ]  MUDANÇA DE FUNÇÃO |  |[ ]  AVALIAÇÃO MÉDICA |  |
|  |
| Empresa: |  |  |  CNPJ:  |  |
|  |
| Endereço: |  |
|  |
| Funcionário: |   | RG: CPF: |   |
|  |
| Data de admissão: |   |  Data de nascimento: PJ( ) CLT( ) Sexo: |   |
| Setor: |  | Função: |  |
| Nome e Cargo do Responsável da empresa pelo preenchimento das informações desta guia: |  |  |
|  |
| [ ]  | Declaro que os exames clínicos e complementares preenchidos nessa guia obedecem ao PCMSO da empresa. (assine ao concordar) | **Ass:** |
|  |
| **EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES (PREENCHER DE ACORDO COM O PCMSO)** |
| ([ ] ) Exame Médico | ([ ] ) Hemograma Completo | ([ ] ) TGP |
| ([ ] ) Audiometria Tonal | ([ ] ) Espirometria | ([ ] ) Gama GT |
| ([ ] ) Audiometria Vocal | ([ ] ) RX Tórax | ([ ] ) PPF |
| ([ ] ) Acuidade Visual | ([ ] ) Eletroencefalograma  | ([ ] ) Coprocultura |
| ([ ] ) Avaliação Psicológica | ([ ] ) Eletrocardiograma | ([ ] ) VDRL |
| ([ ] ) Toxicológico | ([ ] ) TGO | ([ ] ) Micológico de Unha |
| **Caso não tenha o exame descrito preencher abaixo separando cada exame por virgula** |
| ([ ]  |  |  |
|  |  |  |
| [ ]  | Declaro que os riscos ocupacionais preenchidos nessa guia obedecem ao PPRA e ao PCMSO da empresa. (assine ao concordar) | **Ass:** |
|  |
| **RISCOS OCUPACIONAIS (preencher conforme PPRA e PCMSO)** |
| **(**[ ] **) Não há riscos ocupacionais específicos para a atividade****(**[ ] **) Há riscos ocupacionais para a atividade conforme quadro abaixo (caso haja, favor selecionar)** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Físicos** | **Químicos** | **Biológicos** | **Ergonômicos** | **Acidentes** |
| ([ ] ) Ruídos | ([ ] ) Poeiras | ([ ] ) Vírus | ([ ] ) Esforço físico intenso | ([ ] ) Arranjo físico inadequado |
| ([ ] ) Calor | ([ ] ) Fumos | ([ ] ) Bactérias | ([ ] ) Levantamento de peso | ([ ] ) Eletricidade |
| ([ ] ) Vibrações | ([ ] ) Névoas | ([ ] ) Protozoários | ([ ] ) Postura inadequada | ([ ] ) Animais Peçonhentos |
| ([ ] ) Umidade | ([ ] ) Neblinas | ([ ] ) Fungos | ([ ] ) Trabalho em turnos e noturno | ([ ] ) Máquinas e equipamentos sem proteção |
| ([ ] ) Radiação não-ionizantes | ([ ] ) Gases | ([ ] ) Parasitas | ([ ] ) Monotonia e repetitividade | ([ ] ) Probabilidade de incêndio/explosão |
| ([ ] ) Radiação ionizante | ([ ] ) Vapores | ([ ] ) | ([ ] ) Ritmos excessivos | ([ ] ) Outras Situações causadoras de acidentes |
| ([ ] ) Frio | ([ ] )  | ([ ] ) | ([ ] ) Controle rígido de produtividade | ([ ] ) Ferramentas inadequadas |
| ([ ] ) Pressões anormais | ([ ] ) | ([ ] ) | ([ ] ) | ([ ] )  |

 |
| **CAMPO ABAIXO SERÁ PREENCHIDO PELO MÉDICO** |
|  |  | APTO |  |  |  |   |  | INAPTO |  |
|  |
|  |  | TRABALHO EM ALTURA |  |  | ESPAÇO CONFINADO |   |  | COM PRODUTOS QUÍMICOS |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Recebi uma via deste Atestado |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Assinatura do Funcionário |  |  | Assinatura e Carimbo Médico Examinador |  |  | Assinatura do Médico Coordenador |  |
|  |
| **Tel.: (11) 3771-3484 | Tel/Fax: (11) 3772-3194 | www.sso.com.br | comercial@sso.com.br** |
| **Rua Sete de Abril, nº 59 - 8º Andar - República - São Paulo - SP - CEP: 01043-000** |
|  |
| Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário. |
| 1ª Via da Empresa | 2ª Via Funcionário|  |

 |