



# Atestado de Saúde Ocupacional - ASO

NOME: GLAUBER SOARES LUZARDO  
 Data Nascimento: 27/11/1990  
 Cart. Identidade: 111996979  
 Idade: 27  
 CTPS(opcional)Nº: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
 FUNÇÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS  
 EMPRESA: DGX TERCEIRIZAÇÃO EIRELI  
 Admissional  Períodico   
 Mudança de Função  Demissional   
 Retorno ao trabalho

Atesto para o cumprimento da Norma Regulamentadora nº 07, Portaria 3214, do Ministério do Trabalho que o funcionário acima identificado, foi por mim examinado e encontrase clinicamente:

APTO  
 INAPTO

APTO PARA ESPAÇO CONFINADO  
 APTO PARA TRABALHO EM ALTURA

### Exposto aos seguintes riscos:

Ausência de Riscos Ocupacionais Específicos  Uso Obrigatório de EPIS  
 Exposto aos Seguintes Riscos Ocupacionais

Levantamento de peso  Postural  Ergonômico:  Movimentos Repetitivos  Outros

Virus, bactérias, fungos, parasitas, bacilos, protozoários  Biológico:  Outros

Silica  Fumos metálicos  Químicos:  Óleos e Graxas   
 Vapores asfálticos  Alcalis Cáusticos - Cimentos  Alcalis Cáusticos - Produtos de Limpeza   
 Outros:

Ruído  Frio  Radiações Ionizantes / Não ionizantes  Umidade   
 Vibração  Calor  Outros:

Eletricidade/Queda  Iluminação  Acidente:  Outros:

### EXAMES CLÍNICO E COMPLEMENTARES REALIZADOS:

EXAME CLÍNICO	21/03/2018	EXAMES COMPLEMENTARES	Realizado
<input checked="" type="checkbox"/> EXAME CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/>	RX TÓRAX	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input type="checkbox"/>	ACUIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/>	HEMOGRAMA/PLAQ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/>	GLICEMIA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAMA	<input type="checkbox"/>	BILIRRUBINAS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGICO	<input type="checkbox"/>	CREATININA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UREIA	<input type="checkbox"/>	CARBOXIHEMOGLOBI.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FOSFATASE ALCALINA	<input type="checkbox"/>	RX COL.LOMBO SACRA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CHUMBO	<input type="checkbox"/>	RETICULÓCITOS	<input type="checkbox"/>
		TGO+TGP	<input type="checkbox"/>
		GAMA GT	<input type="checkbox"/>
		E.Q.U	<input type="checkbox"/>
		AC. HIPURICO	<input type="checkbox"/>
		AC. METIL HIPURICO	<input type="checkbox"/>
		ACIDO MANDELICO	<input type="checkbox"/>
		MICOLÓGICO DE UNHAS	<input type="checkbox"/>
		AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/>

Observações:

Médico Coordenador \_\_\_\_\_ Médico Examinador \_\_\_\_\_

Recebi uma cópia do presente atestado nesta data:  
 Local: Uruguaiana, 21 DE MARÇO DE 2018

Dr. Carlos Eduardo da Maia  
 Cardiologia / Medicina Interna  
 CREMERS 2.939 / CREMESC 11936

*Glauber Soares*  
 Funcionário

Rua Santana, 2110 - Centro - Uruguaiana - Fone: (55) 3411-0666 - Fax: (55) 3411-0234

E-mail: atendimento@clinicaelabore.com.br