

Encaminhamos o (a) Sr. (a): _____

CPF: _____ Peso: _____ Altura: _____

Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Função: _____

Empresa: _____ Setor: _____

ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

- | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Admissional | <input type="checkbox"/> Mudança de Função | <input type="checkbox"/> Demissional |
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho | <input type="checkbox"/> Consulta |

ATIVIDADES ESPECIAIS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trab. com eletricidade (NR-10) | <input type="checkbox"/> Trab. com espaço confinado (NR-33) |
| <input type="checkbox"/> Trab. sob condições hiperbáricas (NR-15) | <input type="checkbox"/> Movimentação de cargas (NR-11/NR-12) |
| <input type="checkbox"/> Trab. líquidos combustíveis e inflamáveis (NR-20) | <input type="checkbox"/> Operador de máquinas/equip. móveis (NR-12) |
| <input type="checkbox"/> Trabalho em altura (NR-35) | <input type="checkbox"/> Não executa nenhuma atividade especial |

EXAME

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Audiometria | <input type="checkbox"/> Rx Tórax | <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Metil Hipúrico | <input type="checkbox"/> TGO | <input type="checkbox"/> VDRL |
| <input type="checkbox"/> Espirometria | <input type="checkbox"/> Rx Coluna Lombar | <input type="checkbox"/> Plaquetas | <input type="checkbox"/> Parcial de Urina | <input type="checkbox"/> TGP | <input type="checkbox"/> Ácido Transmuconico |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Acuidade Visual | <input type="checkbox"/> Glicemia | <input type="checkbox"/> Coprocultura | <input type="checkbox"/> Chumbo | <input type="checkbox"/> Triclorocompostos |
| <input type="checkbox"/> EEG | <input type="checkbox"/> Campimetria | <input type="checkbox"/> Gama GT | <input type="checkbox"/> Parasitológico | <input type="checkbox"/> VHS | <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguinea |
| <input type="checkbox"/> Teste Ergométrico | <input type="checkbox"/> Estereopsia | <input type="checkbox"/> Ácido Hipúrico | <input type="checkbox"/> Colesterol Total | <input type="checkbox"/> HBSAG | <input type="checkbox"/> Manganês |

OUTROS EXAME

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

OBS.: _____

Data: ____ / ____ / ____

 Assinatura e Carimbo da Empresa