**ANEXO X**

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)**

|  |
| --- |
| **ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO**( ) ADMISSIONAL ( ) PERIÓDICOEMPRESA: **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA-MT**ATESTO QUE AOS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_Nome \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  |
| Estado Civil |  | Idade |  | Anos | Sexo |  |
| Cargo/Função |  | Identidade - UF |  |
| Naturalidade |  | Validade | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| Examinado de acordo com o disposto nos Subitens 7.3.2-a, 7.4.1, 7.4.2, da NR-7 Portaria nº 3.214 de 08/06/1978 do Ministério do Trabalho e Emprego, atesto que o(a) Senhor(a) acima mencionado(a) foi submetido(a) à avaliação clínica abrangendo anamnese ocupacional, exame físico e mental. |
| RESULTADO: ( ) APTO(a) ( ) INAPTO(a)( ) PARA EXERCER A FUNÇÃO ACIMA CITADA ( ) PARA DEMISSÃO( ) PARA MUDANÇA DE FUNÇÃO ( ) NO EXAME PERIÓDICO( ) PARA RETORNAR AO TRABALHORISCOS RELACIONADOS COM A ATIVIDADE:DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura dos Médicos/Junta Médica examinadora Carimbo/CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do(a) Examinado(a) |