**ANEXO X**

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO**  ( ) ADMISSIONAL ( ) PERIÓDICO  EMPRESA: **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 TRABALHO  RISCOS RELACIONADOS COM A ATIVIDADE:  DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura dos Médicos/Junta Médica examinadora  Carimbo/CRM  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Examinado(a) | | | | | | | | | |