



ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Em cumprimento às Portarias nº 24 de 29.12.1994 e nº 8 de 08.05.1996 - NR 07

EMPRESA: **RODOFEDERAL TRANSPORTE E LOCAÇÃO LTDA**

FUNCIONÁRIO (A): **DIEGO DE OLIVEIRA SILVA**

CNPJ: **10.276.666/0001-20**

CPF: **878.389.312-15**

FUNÇÃO: **MOTORISTA DE CARRETA BITREM**

Data de nascimento: **17/07/1987**

Riscos ocupacionais:

Físicos	Químico	Biológico	Ergonômico	Acidente
<input checked="" type="checkbox"/> Ruído	<input checked="" type="checkbox"/> Poeira	<input type="checkbox"/> Vírus	<input type="checkbox"/> Esforços físicos	<input type="checkbox"/> Arranjo físico inad.e difer.
<input checked="" type="checkbox"/> vibração	<input type="checkbox"/> Graxa	<input type="checkbox"/> Bactérias	<input type="checkbox"/> Levantamento /transporte manual de peso	<input type="checkbox"/> Máq./Equip. Sem prot.
<input type="checkbox"/> Radiação de Solda	<input type="checkbox"/> Nevoas	<input type="checkbox"/> Protozoários	<input type="checkbox"/> Postura inadequada	<input type="checkbox"/> Ferram. Inadeq/defeituosa
<input type="checkbox"/> Radiações não ionizantes	<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Fungos	<input checked="" type="checkbox"/> Postura inadequada	<input type="checkbox"/> Choque elétrico
<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Vapores	<input type="checkbox"/> Parasitas	<input type="checkbox"/> Exigência de postura inadequada	<input type="checkbox"/> Perfurações
<input checked="" type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Nebulinas	<input type="checkbox"/> Bacilos	<input type="checkbox"/> Controle rígido de produção	<input type="checkbox"/> Queda do mesmo nível
<input type="checkbox"/> Pressões anormais	<input type="checkbox"/> Subst. De Produtos Químicos	<input type="checkbox"/> Malária	<input type="checkbox"/> Trabalho noturno	<input type="checkbox"/> Corte
<input type="checkbox"/> Radiações solar	<input type="checkbox"/> Resinas de vareta de solda	<input type="checkbox"/> Febre amarela	<input type="checkbox"/> Monotonia	<input type="checkbox"/> Animais peçonhentos
<input type="checkbox"/> Umidade	<input type="checkbox"/> Benzeno	<input type="checkbox"/> Outros Especificar:	<input type="checkbox"/> Repetitividade	<input checked="" type="checkbox"/> Colisão no trânsito
<input type="checkbox"/> Outros Especificar:	<input type="checkbox"/> Outros Especificar:		<input type="checkbox"/> Outros Especificar:	<input type="checkbox"/> Outros Especificar:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Laboratoriais	Bioquímicos	Especializados
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Glicose	<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma
<input type="checkbox"/> V.D.R.L.	<input type="checkbox"/> Colesterol.	<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma
<input type="checkbox"/> E.A.S.	<input type="checkbox"/> PSA.	<input type="checkbox"/> Audiometria
<input type="checkbox"/> E.P.F	<input type="checkbox"/> Acido hipúrico	<input type="checkbox"/> Raio-X Col Lombo sacra AP/PE
<input type="checkbox"/> E.P.F (Coprocultura)	<input type="checkbox"/> Acido Metil hipúrico	<input type="checkbox"/> Raio-X escoliose
<input type="checkbox"/> Tip. Sangue/Fator RH	<input type="checkbox"/> Gama GT	<input type="checkbox"/> Raio-X Tórax
<input type="checkbox"/> E.P.F (Coprocultura)	<input type="checkbox"/> Triglicerídeos	<input type="checkbox"/> Espirometria
<input type="checkbox"/> Tip. Sangue/Fator RH	<input type="checkbox"/> Creatina	<input type="checkbox"/> Avaliação Psicossocial
<input type="checkbox"/> Beta HGC	<input type="checkbox"/> Acidos Trasmuconico	<input type="checkbox"/> Acuidade visual
<input type="checkbox"/> Prova de F. Hepática	<input type="checkbox"/> Acido Urico	<input type="checkbox"/> Teste/cores (ISHIHARA)
<input type="checkbox"/> Prova de F. Renal	<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> Ultrason dos punhos
<input type="checkbox"/> Pesq. Plasmodium	<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> Avaliação oftalmologica
<input type="checkbox"/> Lipidograma	<input type="checkbox"/> Hepatite A	<input type="checkbox"/> Teste ergometrico
<input type="checkbox"/> Contag. de reticulocitos	<input type="checkbox"/> Hepatite B	<input type="checkbox"/> Teste de equilibrio
<input type="checkbox"/> Contag. de plaquetas	<input type="checkbox"/> Hepatite C	<input type="checkbox"/> At. saúde fisico/mental
<input type="checkbox"/> Micológico de unha	<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> Avaliação Psicológica
<input type="checkbox"/> Outros: (especificar)	<input type="checkbox"/> Outros: (especificar)	<input checked="" type="checkbox"/> Exame Clínico

Este Atestado de Saúde Ocupacional - ASO (Exceto Demissional) é válido por:

24 meses 12 meses 06 meses

Vacinas

D.D.T (Tétano) Febre amarela Hepatite B

TIPO DE EXAME

Admissional Demissional Periódico
 Retorno ao trabalho Mudança de Função Avaliação médica ocupacional

Conclusões

Apto para a função Inapto para a função
 Apto para trabalho com eletricidade Inapto para trabalho com eletricidade
 Apto para trabalhos em altura Inapto para trabalho em altura
 Apto para trabalhos em espaço confinado Inapto para trabalho em espaço confinado

Assinatura do funcionário

Data exame clínico **03/06/20**

Dra. Heloisa Andersen
MÉDICA
CRM AM 14135

Assinatura do Médico Sob/carimbo de examinador

Data de Inspeção

Agente de inspeção

Rua Comendador Clementino Nº 257

Tel. 3026-4787/99125-9640

E-mail: consultec.manaus.seg@gmail.com