

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Nº _____

Série
A

TIPO DE EXAME:

() ADMISSIONAL

() PERIÓDICO

() RETORNO AO TRABALHO

() MUDANÇA DE FUNÇÃO

() OUTROS

() DEMISSIONAL

EMPRESA: _____

ENDEREÇO: _____

ATESTO QUE O (A) SR. (A): _____

PORTADOR DO R.G. Nº: _____ IDADE: _____

FOI CLINICAMENTE EXAMINADO, ESTANDO EXPOSTO AOS RISCOS OCUPACIONAIS:

() AGENTES FÍSICOS _____

() AGENTES QUÍMICOS _____

() AGENTES BIOLÓGICOS _____

() AGENTES ERGONÔMICOS _____

() AUSÊNCIA DE RISCO OCUPACIONAL ESPECÍFICO _____

REALIZOU OS SEGUINTE EXAMES COMPLEMENTARES

() _____

() _____

() _____

() _____

SENDO CONSIDERADO () APTO () INAPTO

PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: _____

OBS.: _____

NOME DO MÉDICO COORDENADOR PCMSO _____ CRM _____ TELEFONE _____

NOME DO MÉDICO EXAMINADOR _____ CRM _____ TELEFONE _____

A APM NÃO SE RESPONSABILIZA PELO CONTEÚDO DESTES ATESTADOS, O QUAL DEVE SER PREENCHIDO E ASSINADO POR UM MÉDICO DEVIDAMENTE INSCRITO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM).

LOCAL E DATA: _____ de _____ de _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO EXAMINADOR:

RECEBI A 2ª VIA - ASSINATURA DO TRABALHADOR