

ANEXO 3

ASO (ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL)

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Nr7 atualizada pela Portaria SSST, N° 08, de 08/05/96.

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do(a) aquaviário(a):

Nº da Identidade _____ Órgão emissor _____

Atividade: **aquaviário/pesca** Data do Nascimento: _____ / _____ / _____

Categoria: () PAP () CPI () CMP () POP () PEP () MOP

Altura _____ Cor dos Olhos _____

2. MOTIVO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

(x) Admissional

3. PROCEDIMENTOS MÉDICOS A QUE FOI SUBMETIDO(A)

DATA

() Avaliação clínica, anamnese e ocupacional _____ / _____ / _____

() Exame de aptidões física e mental, inclusive boas condições auditiva e visuais _____ / _____ / _____

4. EXAMES COMPLEMENTARES

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

Observações: _____

4.1. RISCOS OCUPACIONAIS ESPECÍFICOS EXISTENTES

5. CONCLUSÃO SOBRE A CAPACIDADE LABORATIVA

() Apto () Inapto

6. VALIDADE DO EXAME MÉDICO

() Seis meses () Um ano () Dois anos

MÉDICO _____

CRM _____

Endereço:

Tel: () _____ E-mail: _____

Data: ____/____/2022

Declaro ter recebido em ____/____/____ a segunda via do ASO

Carimbo e assinatura do médico responsável

Assinatura do recebedor