



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 UNIDADE MISTA DE SAÚDE
 RUA: SÃO FRANCISCO Nº 614 - CENTRO - CEP 18.195-000
 FONE (0XX15) 3267-1562 – 3267-1427

[Handwritten signature]
 40

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Empresa Prefeitura Municipal de Capela do Alto

Para fins de cumprimento do disposto nos itens NR 7 (Portaria n.º 24 de 29/12/94 do Secretário de Segurança e Saúde do Trabalho – D.O.U. de 30/12/94, combinada com o artigo 168 da C.L.T.), **atesto** que

_____ nacionalidade **brasileira**, data de nascimento ___/___/___ idade ___ anos, RG _____, portador(a) da CTPS n.º _____ - Série _____, foi examinado(a) clinicamente, tendo sido considerado(a):

() Apto(a) () Inapto(a) Apto(a) com restrições, para exercer a função de

RESTRIÇÕES/OBSERVAÇÕES:

EXAMES

- () Admissional
 () Periódico
 () Demissional
 () Mud. de função
 () Ret. ao trabalho

RISCOS

- () Ag. Físicos
 () Ag. Químicos
 () Ag. Biológicos
 () Ag. Ergonômicos
 () Aus. de riscos ocupacionais esp.

COMPLEMENTARES

 Assinatura do Médico

RECIBO

Eu, _____
declaro que recebi a 2.ª via do A.S.O., de acordo com a legislação vigente.

 Assinatura