

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

NOME			
RG		UF	
CARGO		FUNÇÃO	
LOCAL			DATA AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO CLÍNICA OCUPACIONAL

EXAME FÍSICO	PA:	PESO:	ALTURA:	
---------------------	------------	--------------	----------------	--

Esclarecer aqui os Antecedentes Clínicos / Cirúrgicos, grafados com (SIM) pelo candidato na Ficha de Informações Médicas - FIM, além de outras que julgar necessário.

1) Avaliação dos antecedentes clínicos / cirúrgicos mencionados na FIM:

2) Avaliação dos exames complementares (somente os que apresentaram alteração):

