



## Assessoria em Medicina do Trabalho

Av. da Saudade, 263 - CEP 18800-354 - Piraju/SP

Fone:(14) 3351-4054 - Fax:(14) 3351-5483

Registrado no CRM-SP 26.984

### ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

EMPRESA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO/CNPJ \_\_\_\_\_

EM CUMPRIMENTO À PORTARIA Nº 3214/78 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO PARA FINS DE EXAMES:

( ) ADMISSIONAL ( ) PERIÓDICO ( ) RETORNO AO TRABALHO

( ) MUDANÇA DE RISCO ( ) DEMISSIONAL

ATESTO QUE O(A) SR. (A) \_\_\_\_\_

PORTADOR DO CPF 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 ( ) APTO P/ TRABALHO ALTURA

( ) INAPTO ( ) INAPTO P/ TRABALHO ALTURA

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

Médico Coordenador do PCMSO. \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

RECEBI A 2ª VIA - ASSINATURA DO TRABALHADOR

\_\_\_\_\_  
MÉDICO EXAMINADOR