

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO ADMISSIONAL

EMPREGADOR: _____

CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____

TRABALHADOR:

NOME COMPLETO: _____

NACIONALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

CPF: _____

RG: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

CEP: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

SETOR/DEPARTAMENTO: _____

TIPO DE CONTRATO: _____

EXAMES REALIZADOS:

- Exame Clínico Geral
- Exame Clínico Específico
- Avaliação de Riscos Ocupacionais
- Avaliação Psicológica (se aplicável)
- Outros: _____

RESULTADOS DOS EXAMES:

O trabalhador encontra-se em condições:

- () APTO PARA EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES
() APTO COM RESTRIÇÕES (descrever abaixo)
() INAPTO (descrever abaixo)

RESTRIÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES:

RECOMENDAÇÕES:

DECLARAÇÃO:

Declaro que examinei o trabalhador acima qualificado, conforme os exames listados, e que o presente atestado reflete as condições de saúde constatadas, no contexto do exercício da atividade laboral pretendida, em conformidade com a legislação vigente.

Local: _____ Assinatura do Médico: _____

CRM: _____

CARIMBO DO MÉDICO

OBSERVAÇÕES LEGAIS:

Este ASO é documento obrigatório previsto na NR-7 da Portaria nº 3.214/78 do Ministério do Trabalho,
destinado a comprovar a aptidão do trabalhador para o exercício da função, devendo ser arquivado pelo empregador e apresentado quando solicitado aos órgãos competentes.

Fonte original deste documento:

<https://modelos-br.com/aso-admissional/>

Este modelo foi útil para você?

Confira outros modelos atualizados em:

<https://modelos-br.com>

Mais modelos

Este modelo é destinado exclusivamente para uso pessoal e não comercial.

Ao compartilhar ou publicar, a citação da fonte é obrigatória.

Este modelo tem caráter meramente orientativo e não constitui aconselhamento jurídico.

Recomenda-se consultar um profissional qualificado para casos específicos.