



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Tipo de Exame:

- Admissional Periódico Mudança de Função Retorno ao Trabalho Demissional

Atesto que o Sr.(a) _____, R.G. nº. _____,

residente à _____, nome do servidor _____, nº. _____,

bairro _____, endereço _____, telefone _____, compareceu a esta Junta, onde

realizou exame clínico-ocupacional para exercer o cargo/função _____, submetendo-se

inclusive a exames complementares, sendo considerado:

- APTO INAPTO para a função especificada

EXAMES COMPLEMENTARES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemograma Completo | <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma, com o devido laudo do Cardiologista |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Total (HDL, LDL) | <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma, preferencialmente oriundo de psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> Raio X do Tórax |
| <input type="checkbox"/> Creatina | <input type="checkbox"/> BAAR (escarro) |
| <input type="checkbox"/> V.D.R.L. | <input type="checkbox"/> P.S.A. |
| <input type="checkbox"/> Glicemia | <input type="checkbox"/> Colpocitologia Oncotica |
| <input type="checkbox"/> E.A.S. Urinal | <input type="checkbox"/> Laringoscopia |
| <input type="checkbox"/> Parasitológico (fezes) | <input type="checkbox"/> Audiometria |

RISCO DE EXPOSIÇÃO

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Químico | <input type="checkbox"/> Ergonômico |
| <input type="checkbox"/> Físico | <input type="checkbox"/> Não há risco específico |
| <input type="checkbox"/> Biológico | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

OBSERVAÇÃO / JUSTIFICATIVA:

1º PERITO

2º PERITO

PRESIDENTE DA J.M.P.M

J
U
N
T
A

M
É
D
I
C
O

P
E
R
I
C
I
A
L

D
O
M
U
N
I
C
I
P
I
O