



Prefeitura Municipal de Teixeira

Estado de Minas Gerais

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

TIPO DE EXAME		
ADMISSIONAL	DEMISSIONAL	MUDANÇA DE FUNÇÃO
PERIÓDICO	RETORNO AO TRABALHO	OUTROS

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR			
NOME:			
FUNÇÃO:			
CPF:		DATA DE NASCIMENTO:	

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins previstos no Estatuto do Servidor Público do Município de Teixeira e demais leis que regulamentam o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO que examinei o trabalhador acima identificado e que o mesmo se encontra:

() APTO PARA A FUNÇÃO

() INAPTO PARA A FUNÇÃO

Riscos ocupacionais específicos:

Físico:		Ergonômico:	
Químico:		Acidentes:	
Biológico:		Sem riscos específicos.	

Procedimentos médicos realizados no exame:

--	--

Exames complementares realizados:

TIPO DE EXAME	DATA

Local e data

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico



Prefeitura Municipal de Teixeira

Estado de Minas Gerais

QUESTIONÁRIO PARA EXAME PRÉ-ADMISSSIONAL

- Anexar junto ao Atestado -

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **Sexo:** () Masculino () Feminino

Cargo: _____

PERGUNTAS	SIM	NÃO	NÃO SEI
1. Usa óculos por indicação médica?			
2. Tem dificuldade de enxergar?			
3. Teve alguma inflamação ou doença em seus olhos?			
4. Teve sua audição diminuída em um dos ouvidos?			
5. Teve alguma doença nos ouvidos?			
6. Tem intensas e frequentes dores de cabeça?			
7. Tem se sentido muito nervoso?			
8. Tem dormido mal?			
9. Os seus dentes necessitam de tratamento?			
10. Tem alguma alergia? Qual _____			
11. Sua pele tem alguma anormalidade?			
12. Você tem alguma mancha que muda de cor?			
13. Tossiu ou cuspiu sangue?			
14. Teve alguma doença pulmonar? Qual? _____			
15. Sente falta de ar?			
16. Tem pressão alta?			
17. Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma doença do coração?			
18. Tem problemas intestinais ou gástricos? Qual? _____			
19. Eliminou sangue nas suas fezes?			
20. Sua pele já ficou amarelada (icterícia)?			
21. Tem habitualmente dores nas juntas?			
22. Tem alguma alteração nas juntas?			
23. Tem dores ou outros problemas com sua coluna vertebral?			
24. Teve alguma parte do corpo paralisada?			
25. Ficou alguma vez "sem sentidos"?			
26. Teve convulsões?			
27. Perdeu alguma vez sangue pela urina?			
28. Teve algum problema de rins ou bexiga? Qual? _____			
29. Teve doenças venéreas? Qual? _____			



Prefeitura Municipal de Teixeira

Estado de Minas Gerais

30. Alguém da família ficou diabético?			
31. Foi tratado de algum tumor? Qual? _____			
32. Engordou ou perdeu mais de cinco quilos nos últimos 12 meses?			
33. Foi operado? Do que? _____			
34. Recebeu transfusão?			
35. Teve alguma ferida séria?			
36. Acidentou-se fora do trabalho?			
37. Teve acidente no trabalho?			
38. Tem sequela?			
39. Vacinou-se durante os últimos 12 meses?			
40. Fuma? O que? _____ Quantos por dia? _____			
41. Usa habitualmente bebida alcoólica? Qual? _____			
42. Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?			
43. Tem feito uso habitual de algum tipo de medicamento? Quais? _____			
44. Tem intranquilidade no lar?			
45. Falta muito ao trabalho por doença?			
46. No momento, está recebendo algum tratamento médico? Qual? _____			
47. Tem alguma condição de saúde que o impeça de exercer ou que faça restrições ao seu trabalho? Qual? _____			
48. Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?			
49. Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Qual? _____			
50. Há ou houve na sua família algum membro com tratamento psiquiátrico ou psicológico?			
51. Caso afirmativo, houve necessidade de internação? Quem foi internado? _____			
52. Teve alguma doença relacionada ao trabalho? Qual? _____			
53. Há histórico de câncer na família? Qual o grau de parentesco? _____			
54. Qual foi a sua ocupação anterior? _____			

DECLARO, sob pena de responsabilidade,
serem verdadeiras as informações dadas acima.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do servidor(a)