



Prefeitura Municipal de Orlandia

Atestado de Saúde Ocupacional A.S.O.

Atesto, para fins trabalhistas (Portaria nº 24/94 - PCMSO-SSST/Mtb) que o:

Sr./Sra.: _____

Matrícula: _____ Setor: _____

Admissional	<input type="checkbox"/>	Resultado	
Periódico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Apto	<input type="checkbox"/> Inapto
De retorno ao trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Apto com restrição	
De mudança de cargo/função	<input type="checkbox"/>		
Demissional	<input type="checkbox"/>		

Riscos ocupacionais existentes: Físicos Químicos
 Ergonômicos Biológicos Sem riscos

Procedimentos Médicos Realizados	Data
Tipo	

Dr. Mário Pires Leal – CRM 29.334 _____

Data: ____/____/____ Funcionário: _____

Agendamento: ____/____/____