

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIASS-UFG

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Nome:

Sexo:..... Est.Civil: Data de Nascimento:/...../..... Idade:

Naturalidade: Escolaridade:.....

RG: CPF:

Cargo:

Fone:

Endereço:

.....

() ADMISSIONAL () PERIÓDICO () DEMISSIONAL () RETORNO AO TRABALHO

RISCOS OCUPACIONAIS

ESPECÍFICOS ()

QUÍMICOS ()

BIOLÓGICOS ()

FÍSICOS ()

EXAMES MÉDICOS COMPLEMENTARES DE AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

EXAME	DATA	EXAME	DATA
AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA		Hbs Ag/ ANTI-Hbs Ag/ ANTI-Hbc TOTAL/ ANTI-HCV	
AVALIAÇÃO OFTAMOLÓGICA		ECG COM LAUDO (A PARTIR DE 30 ANOS)	
URÉIA/ CREATININA		P.S.A. (HOMENS A PARTIR DE 40 ANOS)	
HEMOGRAMA/ GLICEMIA DE JEJUM		MAMOGRAFIA (MULHERES -35 ANOS OU MAIS)	
TGO/ TGP/ GGT / V.D.R. L		VIDEOLARINGOSCOPIA	
IMUNOFLUORESCENCIA PARA CHAGAS		AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	
C.O.P. (MULHERES – TODAS AS IDADES).		TESTE ALÉRGICO DE CONTATO (COM LAUDO E PARECER DO ALERGISTA)	

CONCLUSÃO: () APTO () INAPTO

OBSERVAÇÃO: P.N.E NÃO () SIM () CÓD. _____

Data ____/____/____

Assinatura Médico Examinador (Ass./Carimbo/Mat. SIAPE)

Assinatura do Candidato