



**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA PARA
MÉDICOS RESIDENTES/2025**

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

() ADMISSIONAL () PERÍODICO () DEMISSIONAL

() TROCA DE FUNÇÃO

() RETORNO AO TRABALHO APÓS:

() Acidente do Trabalho

() Doença Ocupacional

() Doença / Acidente Não Ocupacional

() Parto

EMPRESA: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Atesto que _____,

MÉDICO RESIDENTE , Carteira de Identidade _____,
com _____ anos de idade, foi submetido (a) a exame médico, sendo considera-
do(a):

() APTO(A) para as atividades da função;

() INAPTO(A) para as atividades da função;

() APTO(A) com a(s) seguinte(s) restrição(ões):

OBSERVAÇÕES

Estou ciente do resultado do presen-
te exame médico e recebi uma cópia
deste ASO. Fui orientado pelo médi-
co examinador sobre as formas de
me proteger dos riscos presentes.

Assinatura do(a) examinado(a)

Nome do(a) médico(a) + CRM

Cidade : _____

Data : _____ / _____ / _2025

Assinatura do(a) médico(a), Carimbo
com CRM