



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

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

- (X) ADMISSIONAL () PERÍODICO () DEMISSSIONAL
() 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):

- (X) 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 presente exame médico e recebi uma cópia deste ASO. Fui orientado pelo médico 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