



**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA PARA
MÉDICOS RESIDENTES/2026**

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

ADMISSIONAL PERIÓDICO 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 considerado(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 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 : _____ / _____ / _2026

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