



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA PARA
MÉDICOS RESIDENTES/2019

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
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):

Realizou os seguintes exames complementares e/ou avaliações médicas:
EXAME CLÍNICO em ___/___/___ em ___/___/___

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 : ___ / ___ / ___

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