

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO (modelo)

RAZÃO SOCIAL/CLÍNICA ESPECIALIZADA: _____.

ENDEREÇO: _____

_____.TELEFONE DA CLÍNICA: _____.

NOME: _____

FUNÇÃO: _____ IDENTIDADE: _____ CPF: _____.

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____. NATURALIDADE: _____.

SEXO: M F ALTURA: _____ COR DOS OLHOS: _____ IDADE: _____.

TIPOS DE EXAMES: ADMISSIONAL PERIÓDICO OUTROS _____.

Atesto que o examinado encontra-se em bom estado de saúde física e mental, tendo boas condições auditivas e visuais, nada havendo que o impossibilite a exercer a função de Aquaviário a bordo de embarcações comerciais, sendo considerado (a):

APTO. APTO COM RESTRIÇÃO. _____ INAPTO.

DE ACORDO COM A NR-7 E NR-30 (QUADRO II PARA FLUVIÁRIOS E QUADRO III PARA MARÍTIMOS) DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO-MTE.

RISCOS OCUPACIONAIS DA ATIVIDADE

FÍSICOS: Calor Frio Ruídos Ausentes QUÍMICOS: Hidrocarbonetos Gases Tóxicos Produtos Químicos
Ausentes BIOLÓGICOS: Agentes Microbiológicos Ausentes Outros: _____

PADRÕES MÍNIMOS BÁSICOS DO EXAME MÉDICO E ACUIDADE VISUAL

A) Não apresentar qualquer distúrbio em seu senso de equilíbrio, sendo capaz de movimentar-se sobre superfícies escorregadias irregulares e instáveis; B) Não apresentar qualquer limitação ou doença que possa impedir a sua movimentação normal e o desempenho das atividades físicas de rotina de bordo, incluindo agachar, ajoelhar, curvas e alcançar objetos localizados acima da altura do ombro; C) Ser capaz de subir e descer escadas verticais e inclinadas; D) Ser capaz de segurar, levantar, girar e manejar diversas ferramentas de uso comum, abrir e fechar alavancas e volantes de válvulas e equipamentos de uso comum; E) Ser capaz de manter uma conversa normal; F) Não apresentar sintomas de distúrbio mentais ou de comportamento; G) Dentição – mínimo de 10 dentes naturais ou próteses similar, em cada arcada, que não comprometam a articulação normal e os tecidos moles.

Para todas as funções a bordo serão considerados como padrão mínimos específicos de acuidade visual:

A) Sem condições significativas evidentes de visão dupla (diplopia); B) Campos visuais suficientes e sem evidências de patologias; C) Serão toleradas discromatopsias leves e moderadas, conforme os critérios estabelecidos nos testes utilizados.

OBSERVAÇÕES

Este Certificado de saúde tem validade de um ano; menos apenas se claramente registrado. De acordo com Reg. I/9 do STCW, MLC-2006/ In accordance with STCW Reg. I/9, MCL-2006.

Fui orientado pelo médico examinador sobre as formas de proteção referentes aos riscos acima citados.

EM ____ / ____ / ____

Assinatura do Aquaviário

Carimbo e assinatura do Médico

Nº CRM: _____ Nº RQE: _____