

ATESTADO DE SAUDE OCUPACIONAL-ASO (modelo)

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ/CPF/CRM: _____

NOME: _____ . FUNÇÃO: _____

IDENTIDADE: _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

NATURALIDADE: _____ SEXO: M F ALTURA: _____ COR DOS OLHOS: _____

TIPOS DE EXAMES: ADMISSIONAL PERIÓDICO OUTROS _____

Atesto que o(a) Sr. (a) _____, idade ____ anos, foi clinicamente examinado por mim e constato que 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 Outros: _____

QUÍMICOS:

Hidrocarbonetos Gases Tóxicos Produtos Químicos Ausentes Outros: _____

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 conversação 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. 1/9 do STCW, MLC-2006/ In accordance with STCW Reg. 1/9, MCL-2006.

Estou ciente dos resultados constantes da avaliação clínico ocupacional e recebi uma cópia deste ASO. Fui orientado pelo médico examinador sobre as formas de proteção referentes aos riscos acima citados.

Assinatura do Aquaviário

EM ____ / ____ / ____

Carimbo e assinatura do Médico

Nº CRM: _____ Nº RQE: _____