

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO (MODELO)**

NOME:

IDENTIDADE:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

SEXO:  M  F

ALTURA: COR DOS OLHOS:

TIPO DO EXAME:

 ADMISSIONAL  PERIÓDICO  OUTROS \_\_\_\_\_

Atesto que o(a) senhor(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.

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, curvar e alcançar objetos localizados acima da altura do ombro;
- c) Ser capaz de subir e descer, sem ajuda, 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 distúrbios mentais ou de comportamento;
- g) Dentição – mínimo de 10 dentes naturais ou prótese similar, em cada arcada, que não comprometam a articulação normal e os tecidos moles.

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

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

**OBSERVAÇÕES**

Fui informado(a) do conteúdo do exame e do direito a recurso, caso não concorde com o mesmo.

Este Certificado de Saúde tem validade de um ano; menos apenas se claramente registrado.

De acordo com Reg 1/9 do SCTW, MLC-2006 / In accordance with SCTW Reg 1/9, MLC-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

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do Médico do Trabalho

Nº CRM: \_\_\_\_\_ Nº RQE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade

Data