

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL —ASO

Preencha esta parte. Imprima e leve a um Médico do Trabalho

NOME: _____
IDENTIDADE: _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
NATURALIDADE: _____ SEXO: M ALTURA: _____ m COR DOS OLHOS: _____
 F
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 conversa 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.

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

o Sem condições significativas evidentes de visão dupla (clíptopia);

o Campos visuais suficientes e sem evidências de patologias;

o Serão toleradas discroraatopsias 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 UF Data

Esta parte deve ser preenchida pelo Médico do Trabalho