

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL —ASO

NOME: _____

IDENTIDADE: _____ CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ NATURALIDADE: _____

SEXO: MASCULINO FEMININO 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 ou Inapto)

Sendo considerado(a) _____ para o Teste Físico de Natação e Flutuação.
apto(a) ou inapto(a)

De acordo com a **NR-7 e NR-30 (quadro II para Fluviários) do Ministério do Trabalho e Emprego-MTE.**

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 (clíptopia);
- 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 / lo 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.

_____. em ____/____/_____.
(Cidade) (data)

Carimbo e nome do médico

Nome do Aquaviário