

ANEXOS

17 Formulário padrão da APM.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Caixa Postal 2103 - Tel.: (11) 3188-4265
Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 278 - CEP 01318-901 - São Paulo - SP



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL	Nº 056256	SÉRIE AAA
--------------------------------------	-----------	--------------

EMPRESA: _____

ENDEREÇO: _____

EM CUMPRIMENTO A LEI ESTADUAL 610/50 E/OU 6514/77 - ARTIGO 168 § 1º E 3º, E PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 8/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO PARA FINS DE EXAME:

() ADMISSIONAL () PERIÓDICO () RETORNO AO TRABALHO
() MUDANÇA DE FUNÇÃO () OUTROS () DEMISSIONAL

ATESTO QUE O(A) SR.(A): _____

PORTADOR DO R.G. Nº: _____ IDADE: _____

FOI CLINICAMENTE EXAMINADO, ESTANDO EXPOSTO AOS RISCOS OCUPACIONAIS:

() AGENTES FÍSICOS _____
() AGENTES QUÍMICOS _____
() AGENTES BIOLÓGICOS _____
() AUSÊNCIA DE RISCO OCUPACIONAL ESPECÍFICO _____
() AGENTES ERGONÔMICOS _____

REALIZOU OS SEGUINTE EXAMES COMPLEMENTARES

() _____ / /
() _____ / /
() _____ / /
() _____ / /

SENDO CONSIDERADO () APTO () INAPTO

PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: _____

OBS.: _____

LOCAL E DATA: _____	ASSINATURA DO MEDICO (CARIMBO):
RECEBI A 2ª VIA - ASSINATURA DO TRABALHADOR: _____	CRM: _____ TELEFONE: _____
<p>A RESPONSABILIDADE DA APM LIMITA-SE A AVERBAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS ATESTADOS</p> <p>1- RECOLHIMENTO AUTORIZADO CONFORME COMUNICAÇÃO CAT.37-85 DCE DE 06/11/85</p> <p>2- A TAXA DE ASSISTÊNCIA AOS MÉDICOS FOI PAGUA NO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO S/A GUIA DE AUTENTICAÇÃO Nº 0112 - EM 01.02.2011</p>	 ASSISTÊNCIA AOS MÉDICOS NOME E CRM DO COORDENADOR DO PCMSO: _____

APM