

SOLICITAÇÃO PARA GUIA DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

Resende-RJ, de _____ de 20__ .

Na qualidade de Filiação ao S.C.V.Res. sob Nº _____, solicitamos a emissão de Guia de Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, para nosso (a) funcionário (a), como segue:

Razão Social

Nome de fantasia: _____ Matriz Filial

CNPJ Nº

End.:

Tel.:

Possui PCMSO: Sim Não Data de validade:

Possui PPRA: Sim Não Data de validade:

Nome completo do(a) funcionário(a):

RG: _____ CPF: _____ Telefone: () _____

Data de Nascimento:

Função a ser exercida: _____ Função atual: _____

Tipo de Exame Médico Ocupacional:

Pré-admissional () Demissional () Periódico ()

Retorno ao trabalho () Mudança de função ()

Exame marcado para:

Recebi em :

**CARIMBO DO ESTABELECIMENTO E
ASSINATURA**