



**CLIMT**  
**SAÚDE**

*O Tempo todo protegendo você!*

# AUTORIZAÇÃO

RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_

FUNÇÃO \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_

SETOR \_\_\_\_\_

## ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

- |                                              |                                            |                                                  |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADMISSÃO            | <input type="checkbox"/> PERIÓDICO         | <input type="checkbox"/> DEMISSÃO                |
| <input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE RISCOS | <input type="checkbox"/> HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO |
| <input type="checkbox"/> LAUDO PCD           | <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO CLÍNICA | <input type="checkbox"/> EXAME TOXICOLÓGICO      |
| <input type="checkbox"/> VACINA _____        | <input type="checkbox"/> TESTE COVID _____ | <input type="checkbox"/> _____                   |

## ATENÇÃO:

ATRAVÉS DESTA AUTORIZAÇÃO, TODOS OS EXAMES COMPLEMENTARES QUE CONSTAM NO PCMSO - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL DA EMPRESA CONTRATANTE, ESTARÃO AUTOMATICAMENTE AUTORIZADOS A SUA REALIZAÇÃO, CONFORME LEGISLAÇÃO (NR 7, ITEM 7.3.1).

- |                                                     |                                                  |                                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RAIOS-X TORAX              | <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL  | <input type="checkbox"/> ACUIDADE VISUAL       |
| <input type="checkbox"/> RAIOS-X COLUNA LOMBO SACRA | <input type="checkbox"/> RAIOS-X COLUNA CERVICAL | <input type="checkbox"/> RAIOS-X COLUNA DORSAL |
| <input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA                | <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA       | <input type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAMA   |
| <input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA               | <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA               | <input type="checkbox"/> GLICEMIA              |
| <input type="checkbox"/> MICOLÓGICO (MÃOS E UNHAS)  | <input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO DE FEZES | <input type="checkbox"/> GRUPO SANGÜÍNEO       |
| <input type="checkbox"/> CONTAGEM DE RETICULOCITOS  | <input type="checkbox"/> ANTI HBS                | <input type="checkbox"/> HBS AG                |
| <input type="checkbox"/> HEPATITE C (ANTI HCV)      | <input type="checkbox"/> ÁCIDO HIPÚRICO          | <input type="checkbox"/> ÁCIDO METIL HIPÚRICO  |
| <input type="checkbox"/> _____                      | <input type="checkbox"/> _____                   | <input type="checkbox"/> _____                 |

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA

**UNIDADE SETOR CENTRAL (62) 3225-7648 (62) 99926-7343**

Avenida Araguaia com Rua 27, nº 835, Setor Central, Goiânia/GO, CEP 74055-230

**UNIDADE SETOR AEROPORTO (62) 3225-7648 (62) 99430-7537**

Avenida República do Líbano com Rua 25A, nº 333, Setor Aeroporto, Goiânia/GO, CEP 74070-150