

ANEXO III

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

NOME: _____
IDENTIDADE: _____ CPF: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____
SEXO: () M () F 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.

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

- Não apresentar qualquer distúrbio em seu senso de equilíbrio, sendo capaz de movimentar-se sobre superfícies escorregadias irregulares e instáveis;
- 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;
- Ser capaz de subir e descer, sem ajuda, escadas verticais e inclinadas;
- 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;
- Ser capaz de manter uma conversa normal;
- Não apresentar sintomas de distúrbios mentais ou de comportamento;
- 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 (diplopia);
- 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 / 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 Data