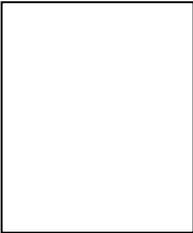


Frente

CARTEIRA DE SAÚDE - ASO	
NOME:	
Nº CNH:	R.G.:
FUNÇÃO: MOTORISTA TRANSPORTE COLETIVO	
	VALIDADE: ____/____/____

	Médico:
	CRM:

Verso

CARTEIRA DE SAÚDE – ASO	
Declaramos que o referido profissional foi submetido aos exames médicos ocupacionais relativos, nos termos da NR 07, que originaram o Atestado de Saúde Ocupacional, onde consta que o mesmo foi considerado APTO , para o exercício da função de motorista de transporte coletivo, para os próximos ____ meses (máximo 12).	
Data : ____/____/____	_____
	Assinatura
Médico:	CRM:
Contato: fone/ e-mail	