

Entidade Empregadora / Empresa

Designação Social / Nome:	MSO SERRALHARIA, UNIP. LDA.		NIPC/NIF:	507552610
Estabelecimento:	MSO SERRALHARIA		CAE principal:	43290
Endereço:	RUA I - URB. PINHAIS BASTOS, 63			
Código postal:	4430-674 VILA NOVA DE GAIA	Localidade:	VILA NOVA DE GAIA	
Telefone:		E-mail:	oliveira.mso@hotmail.com	

SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHO

Modalidade de organização do Serviço de Saúde do Trabalho:	Interno <input type="checkbox"/>	Externo <input checked="" type="checkbox"/>	Comum <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
Designação da empresa de serviço externo de saúde do trabalho:	[se aplicável] INTERPREV - SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO, S.A.		NIPC / NIF:	507072065
			Processo de autorização (PA) da DGS n.º:	96

TRABALHADOR

Nome:	FABIAN ANTONIO DE FREITAS CUMANA		N.º Mecanog./Outro:	16	
Sexo:	MASCULINO	Data Nascimento:	19-02-2003	Nacionalidade:	VENEZUELA
Data Admissão:	11-07-2022	Categoria Profissional:	Serralheiro		
Posto de Trabalho (principal):	MSO SERRALHARIA				
Atividade/Função:	AJUDANTE DE SERRALHEIRO		Data de admissão na Atividade/Função:	11-07-2022	

POSTO DE TRABALHO


Análise do Posto de trabalho:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Identificação de fatores de risco profissional:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Avaliação da exposição profissional do trabalhador:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>

EXAME DE SAÚDE E RESULTADO DE APTIDÃO

EXAME DE SAÚDE		RESULTADO DE APTIDÃO PARA A FUNÇÃO PROPOSTA OU ATUAL	
Data do Exame:	07-07-2022	Apto	<input checked="" type="checkbox"/>
Tipo:		Apto condicionalmente	<input type="checkbox"/>
Admissão	<input checked="" type="checkbox"/>	Inapto temporariamente	<input type="checkbox"/>
Periódico	<input type="checkbox"/>	Inapto definitivamente	<input type="checkbox"/>
Ocasional	<input type="checkbox"/>	Outras funções que pode desempenhar:	
Após doença	<input type="checkbox"/>	1.	
Após Acidente	<input type="checkbox"/>	2.	
A pedido do trabalhador	<input type="checkbox"/>	3.	
A pedido do serviço	<input type="checkbox"/>	4.	
Por mudança de função	<input type="checkbox"/>		
Por alteração das condições de trabalho	<input type="checkbox"/>		
Outro (especifique)	<input type="checkbox"/>		

RECOMENDAÇÕES

Sem recomendações:	<input type="checkbox"/>	Com recomendações, designadamente as abaixo indicadas com "X" <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avaliação de fatores de risco no posto de trabalho		
<input type="checkbox"/> Correção de condições de trabalho		
<input checked="" type="checkbox"/> Uso de equipamento de proteção individual		CAPACETE, BOTAS, FARDA LUVAS
<input type="checkbox"/> Proposta de organização do trabalho		
<input type="checkbox"/> Formação e/ou informação do trabalhador		
<input type="checkbox"/> Outras		

Médico do Trabalho	MANUELA BERTAO		Identificação (Vinheta ou Assinatura Digital)
N.º Cédula Profissional:	28744	Assinatura:	M28744
Data:	07-07-2022		

Trabalhador	Tomei conhecimento,		Responsável Serviço de SST/ Recursos Humanos
Data:	07-07-2022		Tomei conhecimento,
			Data: 08-07-2022
			Ricardo Oliveira

¹ Cópia da presente Ficha de Aptidão para o Trabalho deve ser enviada ou dada em mão ao respetivo trabalhador e remetida ao Responsável do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho e ao Responsável pelos Recursos Humanos da empresa/entidade empregadora.