



**INSTITUTO FEDERAL BAIANO**  
**Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do**  
**Servidor – SIASS**

Rua do Rouxinol, 115, Bairro Imbuí – Salvador - BA – 41720-052  
Tel (71) 3186-0001 – e-mail: agenda.siasm@ifbaiano.edu.br

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO**  
**ADMISSIONAL ( ) REDISTRIBUIÇÃO ( ) PERIÓDICO ( )**

<b>DADOS PESSOAIS</b>	
<b>NOME:</b>	
<b>NOME SOCIAL:</b>	
<b>CPF:</b>	<b>ÓRGÃO:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> /    /	<b>CARGO:</b>
<b>SEXO BIOLÓGICO:</b> Feminino                      Masculino	<b>CAMPUS:</b>
<b>TIPO SANGUÍNEO:</b>	<b>VÍNCULO:</b> Efetivo                      Substituto
<b>PESSOA COM DEFICIÊNCIA?</b> <b>NÃO</b> <b>SIM</b> - <b>CODIGO DA DEFICIÊNCIA:</b> _____	
<b>LAUDO DA AVALIAÇÃO MÉDICA OFICIAL</b>	
<p>Considerando a avaliação médica realizada, bem como o rol de exames apresentados, concluímos que em ____/____/____ o(a) candidato(a) encontra-se:</p> <p>APTO(A) APTO(A) COM RESTRIÇÕES INAPTO(A) para ingresso no Serviço Público Federal no exercício do cargo pretendido.</p> <p>Restrições a serem observadas:</p> <p>Base legal: Art 14 da Lei 8112/1990</p> <p>_____, _____ de _____ de _____</p> <p>Médico - Unidade SIASS / IFBAIANO (Carimbo e assinatura)</p> <p>Nomeado Declaro que recebi a 2ª via deste ASO</p>	