



Rua Benjamin Constant, 4335 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP - Fone: (17) 3234-4577 | ☎ 99711-3104  
Site: www.segurasau.de.com.br - E-mail: contato@segurasau.de.com.br

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: Das 7:00 às 12:00 e das 13:30 às 15:00h

**AUTORIZAÇÃO PARA ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)**

Admissional  Periódico  Demissional  Retorno ao Trabalho  Mudança de Riscos Ocupacionais

Empresa: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data/Admissão: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_



Rua Benjamin Constant, 4335 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP - Fone: (17) 3234-4577 | ☎ 99711-3104  
Site: www.segurasau.de.com.br - E-mail: contato@segurasau.de.com.br

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: Das 7:00 às 12:00 e das 13:30 às 15:00h

**AUTORIZAÇÃO PARA ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)**

Admissional  Periódico  Demissional  Retorno ao Trabalho  Mudança de Riscos Ocupacionais

Empresa: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data/Admissão: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_



Rua Benjamin Constant, 4335 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP - Fone: (17) 3234-4577 | ☎ 99711-3104  
Site: www.segurasau.de.com.br - E-mail: contato@segurasau.de.com.br

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: Das 7:00 às 12:00 e das 13:30 às 15:00h

**AUTORIZAÇÃO PARA ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)**

Admissional  Periódico  Demissional  Retorno ao Trabalho  Mudança de Riscos Ocupacionais

Empresa: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data/Admissão: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_



Rua Benjamin Constant, 4335 - Vila Imperial - São José do Rio Preto - SP - Fone: (17) 3234-4577 | ☎ 99711-3104  
Site: www.segurasau.de.com.br - E-mail: contato@segurasau.de.com.br

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: Das 7:00 às 12:00 e das 13:30 às 15:00h

**AUTORIZAÇÃO PARA ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)**

Admissional  Periódico  Demissional  Retorno ao Trabalho  Mudança de Riscos Ocupacionais

Empresa: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data/Admissão: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_