

LTDA-EPF CNPJ:09.404.683/0001-17



Em cumprimento a NR7 (Portaria 3214/78 do mtb e Portaria 24/94 da SSST), que regulamenta do art.168 da consolidação das leis Trabalhistas, atesto que o trabalhador abaixo identificado foi examinado e submetido aos procedimentos e exames complementares abaixo mencionados.

<input checked="" type="checkbox"/>	ADMISSÃO	<input type="checkbox"/>	PERIÓDICO	<input type="checkbox"/>	RETORNO AO TRABALHO
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS	<input type="checkbox"/>	DEMISSÃO		

**CNPJ:**

37.318.510/0001-11

46 ANOS

**ACIDENTES / MECÂNICOS: N/A**

### Exame Clínico

03/12/2024

☒

11

11



**NÃO MAPEADO**

**Médico Coordinador**

CRIM-PA 6264 - RQE 6264  
Can. Rep. Ind. 1

**Médico examinador (94) 3434-1800**

### Atenção

**Estou ciente do resultado do presente exame médico e recebi a 2ª VIA deste ASO**

Assinatura do (a) funcionário (a)

Ourilandia do Norte, 09/12/2024

Assinatura do (a) funcionário