

Médico Coordenador do PCMSO:
Maria de Lourdes Fernandes Magalhães
CREMERJ 52.33.471-0 Reg. MTE 13.320**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional****Conforme NR 7.4.1**Nº ASO 11105 Razão Social
Comercio De Hortfrut Rater Ltda - MeEnd. **R George Bizet 258 Loja B Fundos Jardim America**CEP **21.240-460**CNPJ 09.245.110/0001-98 CNAE 47.24-5 Grau de Risco 2 Tipo de Exame
DemissionalNome do Funcionário **Geylane de Lima Barbosa** RG
28.704.090-1CTPS 197570 Série 170 RJ CBO 4211.25 Função **Operadora de Caixa**Atividade Laborativa **Recebem valores de vendas de produtos e serviços; controlam numerários e valores**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Específicos:**
Postura inadequada**Exames Realizados:**
Clínico NormalAtesto para os fins do artigo 168 da lei 6.514/77 e port. 3.214/78 SSMT Nº24 de 29/12/94 e despacho SSMT nº8 de 01/10/96, NR7 - PCMSO, que: o funcionário como acima qualificado, encontra-se **APTO** mediante ter sido aprovado nos exames físicos e psicológicos.**Data de Realização:** 15/03/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Médico Coordenador do PCMSO:
Maria de Lourdes Fernandes Magalhães
CREMERJ 52.33.471-0 Reg. MTE 13.320**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional****Conforme NR 7.4.1**Nº ASO 11105 Razão Social
Comercio De Hortfrut Rater Ltda - MeEnd. **R George Bizet 258 Loja B Fundos Jardim America**CEP **21.240-460**CNPJ 09.245.110/0001-98 CNAE 47.24-5 Grau de Risco 2 Tipo de Exame
DemissionalNome do Funcionário **Geylane de Lima Barbosa** RG
28.704.090-1CTPS 197570 Série 170 RJ CBO 4211.25 Função **Operadora de Caixa**Atividade Laborativa **Recebem valores de vendas de produtos e serviços; controlam numerários e valores**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Específicos:**
Postura inadequada**Exames Realizados:**
Clínico NormalAtesto para os fins do artigo 168 da lei 6.514/77 e port. 3.214/78 SSMT Nº24 de 29/12/94 e despacho SSMT nº8 de 01/10/96, NR7 - PCMSO, que: o funcionário como acima qualificado, encontra-se **APTO** mediante ter sido aprovado nos exames físicos e psicológicos.**Data de Realização:** 15/03/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Comercio De Hortfrut Rater Ltda - Me**CNPJ:** 09.245.110/0001-98**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 15/03/2017**Período de Cobrança:** 15/03/2017

Natureza dos Serviços	Nº de ASO	Cód. Usuário	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Atestado de Saúde Ocupacional - ASO	1		35,00	35,00
Total a Pagar**				R\$ 35,00