

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12605 Razão Social
Município de Rio de JaneiroEnd. **Rua Sao Clemente 360 - Botafogo**CEP **22.260-006**CNPJ 42.498.733/0001-48 CNAE 84.11-6 Grau de Risco 1 Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário Edilamar Duarte da Silva Idelfonso RG
11.735.357-3CTPS 9305517 Série 0030 RJ CBO 3311.10 Função **Agente de Educação Infantil**Atividade Laborativa **Preparam Material Pedagógico; Organizam o Trabalho. no Desenvolvimento das Atividades, Mobilizam um Conjunto de Capacidades Comunicativas.**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:** 22/02/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12605 Razão Social
Município de Rio de Janeiro

End. Rua Sao Clemente 360 - Botafogo

CEP 22.260-006

CNPJ 42.498.733/0001-48 CNAE 84.11-6 Grau de Risco 1 Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário Edilamar Duarte da Silva Idelfonso RG
11.735.357-3

CTPS 9305517 Série 0030 RJ CBO 3311.10 Função Agente de Educação Infantil

Atividade Laborativa **Preparam Material Pedagógico; Organizam o Trabalho. no Desenvolvimento das Atividades, Mobilizam um Conjunto de Capacidades Comunicativas.**

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:** 22/02/2019

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Município de Rio de Janeiro**CNPJ:** 42.498.733/0001-48**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 22/02/2019**Período de Cobrança:** 22/02/2019

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