

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 Razão Social  
**11047 Emporio Do Sertao Ltda - Me**

End. **R Franz Liszt 486 Jardim America**

CEP **21.240-400**

CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**15.700.409/0001-98 47.12-1** **Demissional**

Nome do Funcionário  
**Josiano Camilo Dos Santos**

CTPS Série CBO Função **Atendente**

Atividade Laborativa

Classificação da Atividade **N/H**

Nível de Tolerância **N/H**

**Risco da Função:**  
**Ergonômico**

**Riscos Específicos:**  
**Postura inadequada**

**Exames Realizados:**  
**Clínico Normal**

Atesto 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:** 07/02/2017

---

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 Razão Social  
**11047 Emporio Do Sertao Ltda - Me**

End. **R Franz Liszt 486 Jardim America**

CEP **21.240-400**

CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**15.700.409/0001-98 47.12-1** **Demissional**

Nome do Funcionário  
**Josiano Camilo Dos Santos**

CTPS Série CBO Função **Atendente**

Atividade Laborativa

Classificação da Atividade **N/H**

Nível de Tolerância **N/H**

**Risco da Função:**  
**Ergonômico**

**Riscos Específicos:**  
**Postura inadequada**

**Exames Realizados:**  
**Clínico Normal**

Atesto 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:** 07/02/2017

---

Assinatura do Examinado

---

Assinatura do Examinador

**Resumo de Fatura de Serviço****Cliente:** Emporio Do Sertao Ltda - Me**CNPJ:** 15.700.409/0001-98**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 07/02/2017**Período de Cobrança:** 07/02/2017

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