

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11492 Nacional Cobranca Ltda - Epp .End. **Av. Dom Helder Camara 5644 SALA 0802**CEP **20.771-03**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
23.891.274/0001-13	82.91-1	2	Demissional

Nome do Funcionário	RG
Carolina Ribeiro Pinto	27.816.811-7

CTPS **75999** Série **172-0 RJ** CBO **3912.10** Função **Atendente de Qualidade 1**Atividade Laborativa **Atendem os Clientes,**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: 16/08/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11492 Nacional Cobranca Ltda - Epp .End. **Av. Dom Helder Camara 5644 SALA 0802**CEP **20.771-03**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
23.891.274/0001-13	82.91-1	2	Demissional

Nome do Funcionário	RG
Carolina Ribeiro Pinto	27.816.811-7

CTPS **75999** Série **172-0 RJ** CBO **3912.10** Função **Atendente de Qualidade 1**Atividade Laborativa **Atendem os Clientes,**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: 16/08/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Nacional Cobranca Ltda - Epp .**CNPJ:** 23.891.274/0001-13**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 16/08/2017**Período de Cobrança:** 16/08/2017

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