

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11692 Razão Social **Kenedy R De Carvalho Comercio De Frutas E Legumes - Me**
End. **Rua Sebastian Bach 342** CEP **21.240-370**
CNPJ **21.071.368/0001-10** CNAE **46.33-8** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**
Nome do Funcionário **André Luiz da Matta** RG **11.783.777-3**
CTPS **26299** Série **091 RJ** CBO **7823.05** Função **Motorista Utilitário**

Atividade Laborativa **Dirigem e manobram veículos e transportam pessoas, cargas, valores**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: 30/10/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11692 Razão Social **Kenedy R De Carvalho Comercio De Frutas E Legumes - Me**
End. **Rua Sebastian Bach 342** CEP **21.240-370**
CNPJ **21.071.368/0001-10** CNAE **46.33-8** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**
Nome do Funcionário **André Luiz da Matta** RG **11.783.777-3**
CTPS **26299** Série **091 RJ** CBO **7823.05** Função **Motorista Utilitário**

Atividade Laborativa **Dirigem e manobram veículos e transportam pessoas, cargas, valores**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Especificados:**
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: 30/10/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Kenedy R De Carvalho Comercio De Frutas E Legumes -
Me**CNPJ:** 21.071.368/0001-10**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 30/10/2017**Período de Cobrança:** 30/10/2017

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