

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11349 Nacional Cobrança 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	Admissional

Nome do Funcionário	RG
Deborah de Oliveira da Silva	22.242.504-3

CTPS	Série	CBO 4213.10	Função Auxiliar de Cobrança
------	-------	--------------------	------------------------------------

Atividade Laborativa **Efetuar cobrança de valores devidos a empresas e ou instituições, contatando devedores e negociando formas de pagamento;**

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: 13/06/2017

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11349 Nacional Cobrança 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	Admissional

Nome do Funcionário	RG
Deborah de Oliveira da Silva	22.242.504-3

CTPS	Série	CBO 4213.10	Função Auxiliar de Cobrança
------	-------	--------------------	------------------------------------

Atividade Laborativa **Efetuar cobrança de valores devidos a empresas e ou instituições, contatando devedores e negociando formas de pagamento;**

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: 13/06/2017

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11348 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 AdmissionalNome do Funcionário RG
Rafael Pires Guimarães de Oliveira 21.799.479-7CTPS Série CBO **4213.10** Função **Auxiliar de Cobraça**Atividade Laborativa **Efetuar cobrança de valores devidos a empresas e ou instituições, contatando devedores e negociando formas de pagamento;**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:** 13/06/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11348 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 AdmissionalNome do Funcionário RG
Rafael Pires Guimarães de Oliveira 21.799.479-7CTPS Série CBO **4213.10** Função **Auxiliar de Cobraça**Atividade Laborativa **Efetuar cobrança de valores devidos a empresas e ou instituições, contatando devedores e negociando formas de pagamento;**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:** 13/06/2017_____
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:** 13/06/2017**Período de Cobrança:** 13/06/2017

Natureza dos Serviços	Nº de ASO	Cód. Usuário	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Atestado de Saúde Ocupacional - ASO	2		35,00	70,00
Total a Pagar**				R\$ 70,00