

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
11034 Ifr Soares Comercio De Souvenires E Bazar - MeEnd. **R Isidro Rocha 1266 Vigario Geral**CEP **21.241-180**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
22.833.994/0001-60 47.89-0 DemissionalNome do Funcionário
Rosenice Trajano Da SilvaCTPS **81428** Série **016 PB** CBO Função **Auxiliar de Serviços Gerais**

Atividade Laborativa

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:** 01/02/2017_____
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
11034 Ifr Soares Comercio De Souvenires E Bazar - MeEnd. **R Isidro Rocha 1266 Vigario Geral**CEP **21.241-180**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
22.833.994/0001-60 47.89-0 DemissionalNome do Funcionário
Rosenice Trajano Da SilvaCTPS **81428** Série **016 PB** CBO Função **Auxiliar de Serviços Gerais**

Atividade Laborativa

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:** 01/02/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Ifr Soares Comercio De Souvenires E Bazar - Me**CNPJ:** 22.833.994/0001-60**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 01/02/2017**Período de Cobrança:** 01/02/2017

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