

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 **11126** Razão Social **AQUAMAZART FITNESS LTDA - ME**

End. **R MOZART 131 JARDIM AMERICA** CEP **21.240-380**

CNPJ **17.502.732/0001-82** CNAE **93.13-1** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**

Nome do Funcionário **Gabriel Gil Pinto** RG **20.369.023-5**

CTPS Série CBO **2241.20** Função **Professor de Educação Física**

Atividade Laborativa **Desenvolvem, com crianças, jovens e adultos, atividades físicas;**

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: 21/03/2017

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
11126 AQUAMAZART FITNESS LTDA - MEEnd. **R MOZART 131 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-380**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
17.502.732/0001-82 93.13-1 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Gabriel Gil Pinto 20.369.023-5CTPS Série CBO **2241.20** Função **Professor de Educação Física**Atividade Laborativa **Desenvolvem, com crianças, jovens e adultos, atividades físicas;**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:** 21/03/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** AQUAMOZART FITNESS LTDA - ME**CNPJ:** 17.502.732/0001-82**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 21/03/2017**Período de Cobrança:** 21/03/2017

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