

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11298 Razão Social Auto E Moto Escola Lula

End. Avenida Monsenhor Felix 1087 Iraja

CEP 21235-110

CNPJ 00.983.112/0001-00

CNAE 00.00-0

Grau de Risco 0

Tipo de Exame Demissional

Nome do Funcionário Kelly Azevedo dos Santos

RG 27.221.964-3

CTPS Série CBO 4221.05 Função Recepcionista

Atividade Laborativa Recepcionam e prestam serviços de apoio a clientes,

Classificação da Atividade N/H

Nível de Tolerância N/H

Risco da Função:
ErgonômicoRiscos Especificados:
Postura inadequadaExames 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 **INAPTO** mediante ter sido aprovado nos exames físicos e psicológicos.

Data de Realização: 16/05/2017

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
11298 Razão Social
Auto E Moto Escola LulaEnd. **Avenida Monsenhor Felix 1087 Iraja**CEP **21235-110**CNPJ
00.983.112/0001-00CNAE
00.00-0Grau de Risco
0Tipo de Exame
DemissionalNome do Funcionário
Kelly Azevedo dos SantosRG
27.221.964-3CTPS Série CBO **4221.05** Função **Recepcionista**Atividade Laborativa **Recepcionam e prestam serviços de apoio a clientes,**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 **INAPTO** mediante ter sido aprovado nos exames físicos e psicológicos.

Data de Realização: 16/05/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Auto E Moto Escola Lula**CNPJ:** 00.983.112/0001-00**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 16/05/2017**Período de Cobrança:** 16/05/2017

| 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 |