

**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional**

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social  
**11434 José Osvaldo De Oliveira Transoliveira**End. **Rua Isa 75 Jardim América**CEP **21240-610**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**78.815.958/0012-80 49-30-2 0 Periódico**Nome do Funcionário RG  
**Letícia Silva Moraes 26.563010-3**CTPS Série CBO **4110.10** Função **Assistente Administrativo**Atividade Laborativa **Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística; atendem fornecedores e clientes**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:** 14/07/2017\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional**

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social  
**11434 José Osvaldo De Oliveira Transoliveira**End. **Rua Isa 75 Jardim América**CEP **21240-610**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**78.815.958/0012-80 49-30-2 0 Periódico**Nome do Funcionário RG  
**Letícia Silva Moraes 26.563010-3**CTPS Série CBO **4110.10** Função **Assistente Administrativo**Atividade Laborativa **Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística; atendem fornecedores e clientes**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:** 14/07/2017\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

**Resumo de Fatura de Serviço****Cliente:** José Osvaldo De Oliveira Transoliveira**CNPJ:** 78.815.958/0012-80**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 14/07/2017**Período de Cobrança:** 14/07/2017

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