

**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional**

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12115 Razão Social **Uniprec Uniao dos Prof. e Escrit. de Contab. do Estado do Rio de Janeiro**

End. **Av. Presidente Vargas** CEP **20071-002**

CNPJ **33.332.271/0001-01** CNAE **94.12-0** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Retorno ao Trabalho**

Nome do Funcionário **Eliane Presta Gomes** RG **07.079.859-0**

CTPS **3805249** Série **0002-0** CBO **4221.05** Função **Secretária**

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 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:** 29/05/2018\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional**

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12115 Razão Social **Uniprec Uniao dos Prof. e Escrit. de Contab. do Estado do Rio de Janeiro**  
End. **Av. Presidente Vargas** CEP **20071-002**

CNPJ **33.332.271/0001-01** CNAE **94.12-0** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Retorno ao Trabalho**

Nome do Funcionário **Eliane Presta Gomes** RG **07.079.859-0**

CTPS **3805249** Série **0002-0** CBO **4221.05** Função **Secretária**

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 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:** 29/05/2018

---

Assinatura do Examinado

---

Assinatura do Examinador

**Resumo de Fatura de Serviço**

**Cliente:** Uniprec Uniao dos Prof. e Escrit. de Contab. do Estado do  
Rio de Janeiro

**CNPJ:** 33.332.271/0001-01

**Tipo de Contrato:** Avulso

**Data da Emissão:** 30/05/2018

**Período de Cobrança:** 30/05/2018

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>