

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
11158 Dsr Locação de Automóveis Ltda - meEnd. **Rua Barão de Santa Marta - Tres Rios Ponto Azul n 160** CEP **25821-120**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
02.246.592/0001-51 77.19-5 1 AdmissionalNome do Funcionário RG
Bruno Calixto de Souza 20.742.335-1 DICCTPS Série CBO Função **Roterizador**Atividade Laborativa **Realiza as rotas das cargas para entrega**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:** 03/04/2017_____
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
11158 Dsr Locação de Automóveis Ltda - meEnd. **Rua Barão de Santa Marta - Tres Rios Ponto Azul n 160** CEP **25821-120**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
02.246.592/0001-51 77.19-5 1 AdmissionalNome do Funcionário RG
Bruno Calixto de Souza 20.742.335-1 DICCTPS Série CBO Função **Roterizador**Atividade Laborativa **Realiza as rotas das cargas para entrega**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:** 03/04/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Dsr Locação de Automóveis Ltda - me**CNPJ:** 02.246.592/0001-51**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 03/04/2017**Período de Cobrança:** 03/04/2017

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