

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
11101 Mercearia Molejo Ltda

End. **Rua Sebastian Bach, 342 Parte**

CEP **21.240-370**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
02.077.722/0001-70	47.12-1	2	Admissional

Nome do Funcionário	RG
Alicia Cristina da Silva	29.791.974-8

CTPS	Série	CBO 4211.25	Função Operadora de Caixa
------	-------	--------------------	----------------------------------

Atividade Laborativa **Recebem valores de vendas de produtos e serviços;**

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: 14/03/2017

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
11101 Mercearia Molejo LtdaEnd. **Rua Sebastian Bach, 342 Parte**CEP **21.240-370**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
02.077.722/0001-70 47.12-1 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Alicia Cristina da Silva 29.791.974-8CTPS Série CBO **4211.25** Função **Operadora de Caixa**Atividade Laborativa **Recebem valores de vendas de produtos e serviços;**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:** 14/03/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Mercearia Molejo Ltda**CNPJ:** 02.077.722/0001-70**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 14/03/2017**Período de Cobrança:** 14/03/2017

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