

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  
**11192 AQUAMAZART FITNESS LTDA - ME**End. **R MOZART 131 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-380**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**17.502.732/0001-82 93.13-1 2 Admissional**Nome do Funcionário RG  
**Débora Trindade da Fonseca 10.472.719-3**CTPS **4402001** Série **002-0 RJ** CBO **4122.05** 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 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:** 18/04/2017\_\_\_\_\_  
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  
**11192 AQUAMAZART FITNESS LTDA - ME**End. **R MOZART 131 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-380**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**17.502.732/0001-82 93.13-1 2 Admissional**Nome do Funcionário RG  
**Débora Trindade da Fonseca 10.472.719-3**CTPS **4402001** Série **002-0 RJ** CBO **4122.05** 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 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:** 18/04/2017\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

**Resumo de Fatura de Serviço****Cliente:** AQUAMOZART FITNESS LTDA - ME**CNPJ:** 17.502.732/0001-82**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 18/04/2017**Período de Cobrança:** 18/04/2017

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