

# ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social  
**12174 KAIROS FACILITIES EIRELI - ME**End. **R FERNANDES DA CUNHA 571 VIGARIO GERAL**CEP **21.241-300**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**21.960.251/0001-98 81.21-4 3 Admissional**Nome do Funcionário RG  
**Mauricio das Chagas Barbosa 11975088-3**CTPS Série CBO **7741.05** Função **Montador**Atividade Laborativa **Preparam o Local de Trabalho, Montam em Série ou a Unidade e Instalam Divisória.**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:** 26/06/2018\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

# ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social  
**12174 KAIROS FACILITIES EIRELI - ME**End. **R FERNANDES DA CUNHA 571 VIGARIO GERAL**CEP **21.241-300**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**21.960.251/0001-98 81.21-4 3 Admissional**Nome do Funcionário RG  
**Mauricio das Chagas Barbosa 11975088-3**CTPS Série CBO **7741.05** Função **Montador**Atividade Laborativa **Preparam o Local de Trabalho, Montam em Série ou a Unidade e Instalam Divisória.**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:** 26/06/2018\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

**Resumo de Fatura de Serviço****Cliente:** KAIROS FACILITIES EIRELI - ME**CNPJ:** 21.960.251/0001-98**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 26/06/2018**Período de Cobrança:** 26/06/2018

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>