

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11651 José Osvaldo De Oliveira TransoliveiraEnd. **Rua Isa 75 Jardim América**CEP **21240-610**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
78.815.958/0012-80	49-30-2	0	Periódico

Nome do Funcionário	RG
Jorge Luiz de Santana	.

CTPS **44480** Série **065 RJ** CBO **7832.25** Função **Ajudante de Caminhão**Atividade Laborativa **Preparam cargas e descargas de mercadorias; movimentam e fixam mercadorias e cargas**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico**
Ergonômico**Riscos Especificados:****Ruídos**
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: 10/10/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11651 José Osvaldo De Oliveira TransoliveiraEnd. **Rua Isa 75 Jardim América**CEP **21240-610**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
78.815.958/0012-80	49-30-2	0	Periódico

Nome do Funcionário	RG
Jorge Luiz de Santana	.

CTPS **44480** Série **065 RJ** CBO **7832.25** Função **Ajudante de Caminhão**Atividade Laborativa **Preparam cargas e descargas de mercadorias; movimentam e fixam mercadorias e cargas**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico**
Ergonômico**Riscos Especificados:****Ruídos**
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: 10/10/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** José Osvaldo De Oliveira Transoliveira**CNPJ:** 78.815.958/0012-80**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 10/10/2017**Período de Cobrança:** 10/10/2017

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