

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
11099 Anunciado Pereira de Souza - MEEnd. **R IZIDRO ROCHA 1057 VIGARIO GERAL**CEP **21.241-000**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
08.381.343/0001-55 47.13-0 2 DemissionalNome do Funcionário RG
Maria da Luz da Silva 09.726.495-6CTPS Série CBO **5211.25** Função **Repositora**Atividade Laborativa . **Expõem mercadorias de forma atrativa, em pontos estratégicos de vendas, com etiquetas de preço. Abastecem pontos de venda**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

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
11099 Anunciado Pereira de Souza - MEEnd. **R IZIDRO ROCHA 1057 VIGARIO GERAL**CEP **21.241-000**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
08.381.343/0001-55 47.13-0 2 DemissionalNome do Funcionário RG
Maria da Luz da Silva 09.726.495-6CTPS Série CBO **5211.25** Função **Repositora**Atividade Laborativa . **Expõem mercadorias de forma atrativa, em pontos estratégicos de vendas, com etiquetas de preço. Abastecem pontos de venda**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:** Anunciado Pereira de Souza - ME**CNPJ:** 08.381.343/0001-55**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