

**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional**

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12241 Razão Social **Academia Corpo Perfeito Ltda**

End. **Rua Franz Liszt , 476 Jardim América** CEP **21240-400**

CNPJ **01.340.965/0003-58** CNAE **93.13-1** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**

Nome do Funcionário **André Alexandre de Jesus Moreira** RG **12.915.317-7**

CTPS Série CBO **4221.05** 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:** 09/08/2018\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

# ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12241 Razão Social **Academia Corpo Perfeito Ltda**

End. **Rua Franz Liszt , 476 Jardim América** CEP **21240-400**

CNPJ **01.340.965/0003-58** CNAE **93.13-1** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**

Nome do Funcionário **André Alexandre de Jesus Moreira** RG **12.915.317-7**

CTPS Série CBO **4221.05** 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:** 09/08/2018\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

**Resumo de Fatura de Serviço****Cliente:** Academia Corpo Perfeito Ltda**CNPJ:** 01.340.965/0003-58**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 09/08/2018**Período de Cobrança:** 09/08/2018

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>