

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11297 Razão Social **MOVEIS PRAFESTA COMERCIO E CONFECCAO LTDA - ME**End. **Avenida Brasil n 28078 Realengo**CEP **21.730-23**CNPJ 24.282.768/0001-63 CNAE 47.54-7 Grau de Risco 1 Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Andrey Herbster Cabral** RG **21.763.266-0**CTPS 4778751 Série 050 RJ CBO 7711.10 Função **Operador de Maquina 2**Atividade Laborativa **Confeccionam e restauram produtos de madeira e derivados (produção em série ou sob medida).**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:** 15/05/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11297 Razão Social **MOVEIS PRAFESTA COMERCIO E CONFECCAO LTDA - ME**End. **Avenida Brasil n 28078 Realengo**CEP **21.730-23**CNPJ 24.282.768/0001-63 CNAE 47.54-7 Grau de Risco 1 Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Andrey Herbster Cabral** RG **21.763.266-0**CTPS 4778751 Série 050 RJ CBO 7711.10 Função **Operador de Maquina 2**Atividade Laborativa **Confeccionam e restauram produtos de madeira e derivados (produção em série ou sob medida).**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:** 15/05/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** MOVEIS PRAFESTA COMERCIO E CONFECCAO LTDA - ME**CNPJ:** 24.282.768/0001-63**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 15/05/2017**Período de Cobrança:** 15/05/2017

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