

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12528 Razão Social **LEMAX AUTO PECAS EIRELI - ME**End. **R JOAO DE PAULA FONSECA 00211 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-140**CNPJ **02.623.768/0001-47** CNAE **45.30-7** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Marcelo Augusto da Costa** RG **07.848.471-4**CTPS **94435** Série **089 RJ** CBO **5143.25** Função **Auxiliar de Serviços Gerais**Atividade Laborativa **Executam serviços de manutenção**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: 20/12/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12528 Razão Social **LEMAX AUTO PECAS EIRELI - ME**End. **R JOAO DE PAULA FONSECA 00211 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-140**CNPJ **02.623.768/0001-47** CNAE **45.30-7** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Marcelo Augusto da Costa** RG **07.848.471-4**CTPS **94435** Série **089 RJ** CBO **5143.25** Função **Auxiliar de Serviços Gerais**Atividade Laborativa **Executam serviços de manutenção**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: 20/12/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** LEMAX AUTO PECAS EIRELI - ME**CNPJ:** 02.623.768/0001-47**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 23/01/2019**Período de Cobrança:** 23/01/2019

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