

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11935 Jct Manutencao Industrial E Comercial Ltda - MeEnd. **R Sao Ciró 25 Jardim America**CEP **20540-230**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
14.593.519/0001-35 43.22-3 3 AdmissionalNome do Funcionário RG
Michel Luiz de Jesus Soares 12.358.832-9CTPS Série CBO **1459.3** Função **Auxiliar de Manutenção**Atividade Laborativa **Prestam Assistência Técnica, Instalam, Realizam Manutenção e Modernização em Aparelhos.**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: 28/02/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11935 Jct Manutencao Industrial E Comercial Ltda - MeEnd. **R Sao Ciró 25 Jardim America**CEP **20540-230**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
14.593.519/0001-35 43.22-3 3 AdmissionalNome do Funcionário RG
Michel Luiz de Jesus Soares 12.358.832-9CTPS Série CBO **1459.3** Função **Auxiliar de Manutenção**Atividade Laborativa **Prestam Assistência Técnica, Instalam, Realizam Manutenção e Modernização em Aparelhos.**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: 28/02/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Jct Manutencao Industrial E Comercial Ltda - Me**CNPJ:** 14.593.519/0001-35**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 28/02/2018**Período de Cobrança:** 28/02/2018

Natureza dos Serviços	Nº de ASO	Cód. Usuário	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Atestado de Saúde Ocupacional - ASO	1		35,00	35,00
Total a Pagar**				R\$ 35,00