

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11602 Razão Social
Arga Escritório Contabil EireliEnd. **Rua Jornalista Geraldo Rocha 186 Sala 301**CEP **21240-080**CNPJ 28.416.061/0001-53 CNAE 69.20-6 Grau de Risco 1 Tipo de Exame
PeriódicoNome do Funcionário RG
Luis Claudio Bastos Ferreira 10.126.378-8CTPS 97939 Série 046 RJ CBO 4122.05 Função **Mensageiro**Atividade Laborativa **Transportam correspondências, documentos, objetos e valores, dentro e fora das instituições, e efetuam serviços bancários e de correio,**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:** 22/09/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11602 Razão Social
Arga Escritório Contabil EireliEnd. **Rua Jornalista Geraldo Rocha 186 Sala 301**CEP **21240-080**CNPJ 28.416.061/0001-53 CNAE 69.20-6 Grau de Risco 1 Tipo de Exame
PeriódicoNome do Funcionário RG
Luis Claudio Bastos Ferreira 10.126.378-8CTPS 97939 Série 046 RJ CBO 4122.05 Função **Mensageiro**Atividade Laborativa **Transportam correspondências, documentos, objetos e valores, dentro e fora das instituições, e efetuam serviços bancários e de correio,**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:** 22/09/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Arga Escritório Contabil Eireli**CNPJ:** 28.416.061/0001-53**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 22/09/2017**Período de Cobrança:** 22/09/2017

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