

Médico Coordenador do PCMSO:  
Maria de Lourdes Fernandes Magalhães  
CREMERJ 52.33.471-0 Reg. MTE 13.320

## **ASO - Atestado de Saúde Ocupacional**

**Conforme NR 7.4.1**

Nº ASO Razão Social  
**11054 Rm Contabilidade Ltda Me**

End. **Rua Pedro Da Veiga, 152 - Jardim América**

CEP **21240-310**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
<b>14.800.168/0001-96</b>	<b>6020601</b>		<b>Demissional</b>

Nome do Funcionário  
**Luis Alfredo Menendes Meireles**

CTPS **5405425** Série **0010 RJ** CBO Função **Consultor Contabil**

Atividade Laborativa

Classificação da Atividade **N/H** Nível de Tolerância

**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:** 08/02/2017

---

Assinatura do Examinado

---

Assinatura do Examinador

Médico Coordenador do PCMSO:  
Maria de Lourdes Fernandes Magalhães  
CREMERJ 52.33.471-0 Reg. MTE 13.320

## **ASO - Atestado de Saúde Ocupacional**

**Conforme NR 7.4.1**

Nº ASO Razão Social  
**11054 Rm Contabilidade Ltda Me**

End. **Rua Pedro Da Veiga, 152 - Jardim América**

CEP **21240-310**

CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**14.800.168/0001-96 6020601** **Demissional**

Nome do Funcionário  
**Luis Alfredo Menendes Meireles**

CTPS **5405425** Série **0010 RJ** CBO Função **Consultor Contabil**

Atividade Laborativa

Classificação da Atividade **N/H** Nível de Tolerância

**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:** 08/02/2017

---

Assinatura do Examinado

---

Assinatura do Examinador

**Resumo de Fatura de Serviço****Cliente:** Rm Contabilidade Ltda Me**CNPJ:** 14.800.168/0001-96**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 08/02/2017**Período de Cobrança:** 08/02/2017

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