

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
11093 Bat 7 Comércio De Baterias Ltda

End. **Rua Jornalista Geraldo Rocha, 375 Lj C Jd. América**

CEP **21240-080**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
04.201.577/0001-12	45.30-7	2	Demissional

Nome do Funcionário	RG
Gabriel Gonçalves de Oliveira	27.276.426-7

CTPS **60289** Série **165** CBO **7832.25** Função **Ajudante de Motorista**

Atividade Laborativa **Preparam cargas e descargas de mercadorias;**

Classificação da Atividade **N/H**

Nível de Tolerância **N/H**

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: 13/03/2017

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
11093 Bat 7 Comércio De Baterias LtdaEnd. **Rua Jornalista Geraldo Rocha, 375 Lj C Jd. América**CEP **21240-080**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
04.201.577/0001-12 45.30-7 2 DemissionalNome do Funcionário RG
Gabriel Gonçalves de Oliveira 27.276.426-7CTPS **60289** Série **165** CBO **7832.25** Função **Ajudante de Motorista**Atividade Laborativa **Preparam cargas e descargas de mercadorias;**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:** 13/03/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Bat 7 Comércio De Baterias Ltda**CNPJ:** 04.201.577/0001-12**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 13/03/2017**Período de Cobrança:** 13/03/2017

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