

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12114 Razão Social **Satel - Servicos Auxiliares de Telecomunicacao do Brasil Ltda**

End. **r Quinze de Novembro, 90 Niterói** CEP **24020-125**

CNPJ **16.857.533/0001-24** CNAE **71.12-0** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Admissional**

Nome do Funcionário **Cassia Paula de Carvalho Rabelo** RG **30.172. CE-M ERJ**

CTPS Série CBO **3185.05** Função **Projetista Cadista**

Atividade Laborativa **Desenhos de Plantas Projetos Para Rede de Telefonias, Internet.**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: 28/05/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12114 Razão Social **Satel - Servicos Auxiliares de Telecomunicacao do Brasil Ltda**

End. **r Quinze de Novembro, 90 Niterói** CEP **24020-125**

CNPJ **16.857.533/0001-24** CNAE **71.12-0** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Admissional**

Nome do Funcionário **Cassia Paula de Carvalho Rabelo** RG **30.172. CE-M ERJ**

CTPS Série CBO **3185.05** Função **Projetista Cadista**

Atividade Laborativa **Desenhos de Plantas Projetos Para Rede de Telefonias, Internet.**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: 28/05/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Satel - Servicos Auxiliares de Telecomunicacao do Brasil Ltda**CNPJ:** 16.857.533/0001-24**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 28/05/2018**Período de Cobrança:** 28/05/2018

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