

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12600 H3 COMERCIO DISTRIBUIDORA E TRANSPORTE LTDAEnd. **Rod Presidente Dutra 142 Jardim America - RJ**CEP **21240-001**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
13.644.704/0001-49 45.11-3 0 AdmissionalNome do Funcionário RG
Elon Silva PinhoCTPS **76650** Série **137** CBO **7825.10** Função **Motorista**Atividade Laborativa **Transportam, coletam e entregam cargas em geral**Classificação da Atividade **N/H** Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico
Ergonômico
Acidentes****Riscos Especificados:****Ruídos
Postura inadequada
Outras situações de risco que
poderão contribuir para a
ocorrência de acidentes****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: 19/02/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12600 H3 COMERCIO DISTRIBUIDORA E TRANSPORTE LTDAEnd. **Rod Presidente Dutra 142 Jardim America - RJ**CEP **21240-001**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
13.644.704/0001-49 45.11-3 0 AdmissionalNome do Funcionário RG
Elon Silva PinhoCTPS **76650** Série **137** CBO **7825.10** Função **Motorista**Atividade Laborativa **Transportam, coletam e entregam cargas em geral**Classificação da Atividade **N/H** Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico
Ergonômico
Acidentes****Riscos Especificados:****Ruídos
Postura inadequada
Outras situações de risco que
poderão contribuir para a
ocorrência de acidentes****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: 19/02/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** H3 COMERCIO DISTRIBUIDORA E TRANSPORTE LTDA**CNPJ:** 13.644.704/0001-49**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 19/02/2019**Período de Cobrança:** 19/02/2019

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