

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
11208 Transleve Rio Transportes E Logistica Ltda - Me

End. **R Jornalista Geraldo Rocha , 186 Sala 202**

CEP **21.240-080**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
10.234.413/0001-94	49.30-2	3	Demissional

Nome do Funcionário	RG
Paulo Cesar da Silva Moura	07.337.447-2

CTPS	Série	CBO 7832.25	Função Ajudante de Caminhão
------	-------	--------------------	------------------------------------

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

Classificação da Atividade **N/H**

Nível de Tolerância **N/H**

Risco da Função:

**Físico
Ergonômico**

Riscos Especificados:

**Ruídos
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: 24/04/2017

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
11208 Transleve Rio Transportes E Logistica Ltda - MeEnd. **R Jornalista Geraldo Rocha , 186 Sala 202**CEP **21.240-080**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
10.234.413/0001-94 49.30-2 3 DemissionalNome do Funcionário RG
Paulo Cesar da Silva Moura 07.337.447-2CTPS Série CBO **7832.25** Função **Ajudante de Caminhão**Atividade Laborativa **Preparam cargas e descargas de mercadorias;**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico
Ergonômico****Riscos Especificados:****Ruídos
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:** 24/04/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Transleve Rio Transportes E Logistica Ltda - Me**CNPJ:** 10.234.413/0001-94**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 24/04/2017**Período de Cobrança:** 24/04/2017

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