

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
12569Razão Social
Academia Corpo Perfeito LtdaEnd. **Avenida Ministro Edgard Romero 787 Loja E. Madureira**CEP **21240-400**CNPJ
01.340.965/0002-77CNAE
93.13-1Grau de Risco
2Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário
Carlos Alberto Monteiro Machado LopesRG
24.874.012-8CTPS Série CBO **2241.20** Função **Instrutor de Musculação**Atividade Laborativa **Desenvolvem, com crianças, jovens e adultos, atividades físicas; ensinam técnicas desportivas; realizam treinamentos especializados**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: 06/02/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
12569Razão Social
Academia Corpo Perfeito LtdaEnd. **Avenida Ministro Edgard Romero 787 Loja E. Madureira**CEP **21240-400**CNPJ
01.340.965/0002-77CNAE
93.13-1Grau de Risco
2Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário
Carlos Alberto Monteiro Machado LopesRG
24.874.012-8CTPS Série CBO **2241.20** Função **Instrutor de Musculação**Atividade Laborativa **Desenvolvem, com crianças, jovens e adultos, atividades físicas; ensinam técnicas desportivas; realizam treinamentos especializados**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: 06/02/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Academia Corpo Perfeito Ltda**CNPJ:** 01.340.965/0002-77**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 06/02/2019**Período de Cobrança:** 06/02/2019

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