

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
12338 Razão Social
Ideal Log Logística EireliEnd. **Rua Francisco de Sousa e Melo 1590**CEP **21010-900**CNPJ **24.756.770/0001-27** CNAE **49.30-2** Grau de Risco **3** Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário **Marcus Antonio Onete Pontes** RG
10..28.502-4 5CTPS Série CBO **4142.15** Função **Conferente**Atividade Laborativa **Conferem Cargas e Verificam Documentação.**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: 26/09/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
12338 Razão Social
Ideal Log Logística EireliEnd. **Rua Francisco de Sousa e Melo 1590**CEP **21010-900**CNPJ **24.756.770/0001-27** CNAE **49.30-2** Grau de Risco **3** Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário **Marcus Antonio Onete Pontes** RG
10..28.502-4 5CTPS Série CBO **4142.15** Função **Conferente**Atividade Laborativa **Conferem Cargas e Verificam Documentação.**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: 26/09/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Ideal Log Logística Eireli**CNPJ:** 24.756.770/0001-27**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 26/09/2018**Período de Cobrança:** 26/09/2018

| 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 |