

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12627 Razão Social
Município de Rio de JaneiroEnd. **Rua Sao Clemente 360 - Botafogo**CEP **22.260-006**CNPJ 42.498.733/0001-48 CNAE 84.11-6 Grau de Risco 1 Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário RG
Marcela das Neves Oliveira 20.162.143-0CTPS 54100 Série 135 RJ CBO 3311.10 Função **Agente de Educação Infantil - Modalidade Creche Destinada as Criança de 3 Anos e 11 Meses**Atividade Laborativa **Preparam material pedagógico; organizam o trabalho. No desenvolvimento das atividades, mobilizam um conjunto de capacidades comunicativas.**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Específicos:**
Postura inadequada**Exames Realizados:**
Clínico NormalAtesto 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:** 18/03/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12627 Razão Social
Município de Rio de JaneiroEnd. **Rua Sao Clemente 360 - Botafogo**CEP **22.260-006**CNPJ 42.498.733/0001-48 CNAE 84.11-6 Grau de Risco 1 Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário RG
Marcela das Neves Oliveira 20.162.143-0CTPS 54100 Série 135 RJ CBO 3311.10 Função **Agente de Educação Infantil - Modalidade Creche Destinada as Criança de 3 Anos e 11 Meses**Atividade Laborativa **Preparam material pedagógico; organizam o trabalho. No desenvolvimento das atividades, mobilizam um conjunto de capacidades comunicativas.**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Específicos:**
Postura inadequada**Exames Realizados:**
Clínico NormalAtesto 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:** 18/03/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Município de Rio de Janeiro**CNPJ:** 42.498.733/0001-48**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 19/03/2019**Período de Cobrança:** 19/03/2019

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