

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11690 Razão Social **Transleve Rio Transportes E Logistica Ltda - Me**

End. **R Jornalista Geraldo Rocha , 186 Sala 202** CEP **21240-080**

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

Nome do Funcionário **Hudson de Jesus Tota** RG **21.447.803-4**

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

Atividade Laborativa **Preparam cargas e descargas de mercadorias; movimentam e fixam mercadorias e cargas**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: 27/10/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11690 Razão Social **Transleve Rio Transportes E Logistica Ltda - Me**

End. **R Jornalista Geraldo Rocha , 186 Sala 202** CEP **21240-080**

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

Nome do Funcionário **Hudson de Jesus Tota** RG **21.447.803-4**

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

Atividade Laborativa **Preparam cargas e descargas de mercadorias; movimentam e fixam mercadorias e cargas**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: 27/10/2017_____
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:** 27/10/2017**Período de Cobrança:** 27/10/2017

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