

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO **12048** Razão Social **Academia Corpo Perfeito Ltda**
End. **Rua Franz Liszt , 476 Jardim América** CEP **21240-400**
CNPJ **20.653.354/0001-42** CNAE **93.13-1** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**
Nome do Funcionário **Andre Luiz Santos da Veiga** RG **11.456.646-6**
CTPS Série CBO **2313.15** Função **Professor de Educação Física**

Atividade Laborativa **Orientação e Preparamento Para a Atividade Física.**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Especificados:**
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: 26/04/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO **12048** Razão Social **Academia Corpo Perfeito Ltda**
End. **Rua Franz Liszt , 476 Jardim América** CEP **21240-400**
CNPJ **20.653.354/0001-42** CNAE **93.13-1** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**
Nome do Funcionário **Andre Luiz Santos da Veiga** RG **11.456.646-6**
CTPS Série CBO **2313.15** Função **Professor de Educação Física**

Atividade Laborativa **Orientação e Preparamento Para a Atividade Física.**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:**
Ergonômico**Riscos Especificados:**
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: 26/04/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Academia Corpo Perfeito Ltda**CNPJ:** 20.653.354/0001-42**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 26/04/2018**Período de Cobrança:** 26/04/2018

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