

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11399 Aki-borda Bordados Computadorizados Ltda - Me,End. **Rua Mauro 580 Parada de Lucas**CEP **21.241-11**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
05.955.050/0001-56 13.23-5 3 PeriódicoNome do Funcionário RG
Alexandre Aires da Silva Soares 11.022.173-6CTPS Série CBO **7633.10** Função **Operador de Maquina**Atividade Laborativa **Costuram Acessórios e Bordam Peças Confeccionadas.**Classificação da Atividade **N/H** Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico
Ergonômico
Acidentes****Riscos Especificados:****Ruídos
Postura inadequada
Arranjo inadequado****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: 03/07/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11399 Aki-borda Bordados Computadorizados Ltda - Me,End. **Rua Mauro 580 Parada de Lucas**CEP **21.241-11**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
05.955.050/0001-56 13.23-5 3 PeriódicoNome do Funcionário RG
Alexandre Aires da Silva Soares 11.022.173-6CTPS Série CBO **7633.10** Função **Operador de Maquina**Atividade Laborativa **Costuram Acessórios e Bordam Peças Confeccionadas.**Classificação da Atividade **N/H** Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico
Ergonômico
Acidentes****Riscos Especificados:****Ruídos
Postura inadequada
Arranjo inadequado****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: 03/07/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Aki-borda Bordados Computadorizados Ltda - Me,**CNPJ:** 05.955.050/0001-56**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 03/07/2017**Período de Cobrança:** 03/07/2017

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