

Médico Coordenador do PCMSO:
Maria de Lourdes Fernandes Magalhães
CREMERJ 52.33.471-0 Reg. MTE 13.320**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional****Conforme NR 7.4.1**Nº ASO 11069 Razão Social **Panif E Conf N S Dos Remedios Do Jardim America Ltda - Me**End. **R Professor Costa Ribeiro 45 B Jardim America**CEP **21240-290**CNPJ **33.868.258/0001-63** CNAE **47.21-1** Grau de Risco Tipo de Exame
DemissionalNome do Funcionário
Nebisam Vilarim Dos SantosCTPS **2445006** Série **002-0 RJ** CBO **513435** Função **Atendente**

Atividade Laborativa

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:** 15/02/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Médico Coordenador do PCMSO:
Maria de Lourdes Fernandes Magalhães
CREMERJ 52.33.471-0 Reg. MTE 13.320**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional****Conforme NR 7.4.1**Nº ASO 11069 Razão Social **Panif E Conf N S Dos Remedios Do Jardim America Ltda - Me**End. **R Professor Costa Ribeiro 45 B Jardim America**CEP **21240-290**CNPJ **33.868.258/0001-63** CNAE **47.21-1** Grau de Risco Tipo de Exame
DemissionalNome do Funcionário
Nebisam Vilarim Dos SantosCTPS **2445006** Série **002-0 RJ** CBO **513435** Função **Atendente**

Atividade Laborativa

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:** 15/02/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Panif E Conf N S Dos Remedios Do Jardim America Ltda -
Me**CNPJ:** 33.868.258/0001-63**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 15/02/2017**Período de Cobrança:** 15/02/2017

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