

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12558 Razão Social **Elohim Comercio Varejista Ltda**End. **R. Franz Liszt 416 Jardim America**CEP **21240-080**CNPJ 24.352.199/0001-85 CNAE 49.30-2 Grau de Risco 3 Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Hermeson Jhones Leite Ribeiro** RG **9.544.988**CTPS 5334385 Série 050 PE CBO 5211.25 Função **Operador de Supermercado**Atividade Laborativa **Expõem mercadorias de forma atrativa, em pontos estratégicos de vendas, com etiquetas de preço.**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:** 01/02/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12558 Razão Social **Elohim Comercio Varejista Ltda**End. **R. Franz Liszt 416 Jardim America**CEP **21240-080**CNPJ 24.352.199/0001-85 CNAE 49.30-2 Grau de Risco 3 Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Hermeson Jhones Leite Ribeiro** RG **9.544.988**CTPS 5334385 Série 050 PE CBO 5211.25 Função **Operador de Supermercado**Atividade Laborativa **Expõem mercadorias de forma atrativa, em pontos estratégicos de vendas, com etiquetas de preço.**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:** 01/02/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Elohim Comercio Varejista Ltda**CNPJ:** 24.352.199/0001-85**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 01/02/2019**Período de Cobrança:** 01/02/2019

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