

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11416 Razão Social **EXBEL COMERCIO DE PRODUTOS DE HIGIENE E BELEZA LTDA**

End. **R GREGORIO DE MATOS 249 VIGARIO GERAL**CEP **21.240-670**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
13.451.633/0001-68	47.72-5	1	Demissional

Nome do Funcionário	RG
Anne Andrade da Rocha	20460157-9

CTPS	Série	CBO 5211.15	Função Promotora de Vendas
------	-------	--------------------	-----------------------------------

Atividade Laborativa **Vendem mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, auxiliando os clientes na escolha.**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: 07/07/2017

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11416 Razão Social **EXBEL COMERCIO DE PRODUTOS DE HIGIENE E BELEZA LTDA**End. **R GREGORIO DE MATOS 249 VIGARIO GERAL**CEP **21.240-670**CNPJ **13.451.633/0001-68** CNAE **47.72-5** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Anne Andrade da Rocha** RG **20460157-9**CTPS Série CBO **5211.15** Função **Promotora de Vendas**Atividade Laborativa **Vendem mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, auxiliando os clientes na escolha.**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:** 07/07/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** EXBEL COMERCIO DE PRODUTOS DE HIGIENE E BELEZA
LTDA**CNPJ:** 13.451.633/0001-68**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 07/07/2017**Período de Cobrança:** 07/07/2017

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