

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12450 Razão Social **J M FERRAZ ARMARINHO LTDA ME**End. **R FRANZ LISZT 311 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-400**CNPJ **28.307.486/0001-24** CNAE **47.55-5** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **João Manuel Loureiro Pego Mendes** RG **10.209.589-0**CTPS **8734** Série **152** CBO **5211.40** Função **Balconista**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:** 28/11/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12450 Razão Social **J M FERRAZ ARMARINHO LTDA ME**End. **R FRANZ LISZT 311 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-400**CNPJ **28.307.486/0001-24** CNAE **47.55-5** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **João Manuel Loureiro Pego Mendes** RG **10.209.589-0**CTPS **8734** Série **152** CBO **5211.40** Função **Balconista**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:** 28/11/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** J M FERRAZ ARMARINHO LTDA ME**CNPJ:** 28.307.486/0001-24**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 28/11/2018**Período de Cobrança:** 28/11/2018

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