

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12024 Razão Social **Drogaria Principal do Jardim América Ltda**End. **Rua Franz Liszt n 526**CEP **21240-400**CNPJ **21.600.015/0001-60** CNAE **47.71-7** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Thainá Ferreira dos Santos** RG **28.638.127-2**CTPS **59439** Série **177 RJ** CBO **4211.05** Função **Operadora de Caixa**Atividade Laborativa **Recebem Valores de Vendas de Produtos e Serviços; Controlam Numerários e Valores; Atendem o Público**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: 16/04/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12024 Razão Social **Drogaria Principal do Jardim América Ltda**End. **Rua Franz Liszt n 526**CEP **21240-400**CNPJ **21.600.015/0001-60** CNAE **47.71-7** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Thainá Ferreira dos Santos** RG **28.638.127-2**CTPS **59439** Série **177 RJ** CBO **4211.05** Função **Operadora de Caixa**Atividade Laborativa **Recebem Valores de Vendas de Produtos e Serviços; Controlam Numerários e Valores; Atendem o Público**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:** 16/04/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Drogaria Principal do Jardim América Ltda**CNPJ:** 21.600.015/0001-60**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 16/04/2018**Período de Cobrança:** 16/04/2018

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