

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11339 SONIA REGINA GUIMARAES BENINCA - MEEnd. **Est. do Portela 157 Box 2**CEP **21.351-050**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
01.404.035/0001-59 47.81-4 1 AdmissionalNome do Funcionário RG
Josieli da Conceição Santos 21.243.763-6CTPS Série CBO **7835.10** Função **Costureira**Atividade Laborativa **Organizam o local de trabalho, preparam máquinas e amostras de costura, operam máquinas de costura na montagem em série de peças**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico
Ergonômico****Riscos Especificados:****Ruídos
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: 05/06/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11339 SONIA REGINA GUIMARAES BENINCA - MEEnd. **Est. do Portela 157 Box 2**CEP **21.351-050**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
01.404.035/0001-59 47.81-4 1 AdmissionalNome do Funcionário RG
Josieli da Conceição Santos 21.243.763-6CTPS Série CBO **7835.10** Função **Costureira**Atividade Laborativa **Organizam o local de trabalho, preparam máquinas e amostras de costura, operam máquinas de costura na montagem em série de peças**Classificação da Atividade **N/H**Nível de Tolerância **N/H****Risco da Função:****Físico
Ergonômico****Riscos Específicos:****Ruídos
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: 05/06/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** SONIA REGINA GUIMARAES BENINCA - ME**CNPJ:** 01.404.035/0001-59**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 05/06/2017**Período de Cobrança:** 05/06/2017

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