

**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional**

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social  
**12488 Vina s de Minas Sabor Grill Eireli**End. **Rua Jornalista Geraldo Rocha 135 Loja - Jardim America**CEP **21240-080**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**31.294.694/0001-40 47.12-1 2 Admissional**Nome do Funcionário RG  
**Josiane Costa de Oliveira Santos 28.774.278-7**CTPS **0025292** Série **040 RJ** CBO **4211.25** Função **Operadora de Caixa**Atividade Laborativa **Recebem Valores de Vendas de Produtos e Serviços;**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:** 17/12/2018\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

**ASO - Atestado de Saúde Ocupacional**

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social  
**12488 Vina s de Minas Sabor Grill Eireli**End. **Rua Jornalista Geraldo Rocha 135 Loja - Jardim America**CEP **21240-080**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame  
**31.294.694/0001-40 47.12-1 2 Admissional**Nome do Funcionário RG  
**Josiane Costa de Oliveira Santos 28.774.278-7**CTPS **0025292** Série **040 RJ** CBO **4211.25** Função **Operadora de Caixa**Atividade Laborativa **Recebem Valores de Vendas de Produtos e Serviços;**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:** 17/12/2018\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

**Resumo de Fatura de Serviço****Cliente:** Vina s de Minas Sabor Grill Eireli**CNPJ:** 31.294.694/0001-40**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 17/12/2018**Período de Cobrança:** 17/12/2018

Natureza dos Serviços	Nº de ASO	Cód. Usuário	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Atestado de Saúde Ocupacional - ASO	1		35,00	35,00
<b>Total a Pagar**</b>				<b>R\$ 35,00</b>