

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12518 Razão Social
Telhas Coloridas e Estrutura Ltda - EppEnd. **Rua Padre Peroneille, 335 Jardim America**CEP **21240-280**CNPJ 28.367.068/0001-22 CNAE 25.99-3 Grau de Risco 3 Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário Damaris de Souza Paiva RG
27.593.013-9CTPS 3042087 Série 003-0 CBO 5211.40 Função **Assistente de Atendimento**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:** 16/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12518 Razão Social
Telhas Coloridas e Estrutura Ltda - EppEnd. **Rua Padre Peroneille, 335 Jardim America**CEP **21240-280**CNPJ 28.367.068/0001-22 CNAE 25.99-3 Grau de Risco 3 Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário Damaris de Souza Paiva RG
27.593.013-9CTPS 3042087 Série 003-0 CBO 5211.40 Função **Assistente de Atendimento**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:** 16/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Telhas Coloridas e Estrutura Ltda - Epp**CNPJ:** 28.367.068/0001-22**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 16/01/2019**Período de Cobrança:** 16/01/2019

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