

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11428 Razão Social **Panif E Conf N S Dos Remedios Do Jardim America Ltda - Me**End. **R Professor Costa Ribeiro 45 B Jardim America**CEP **21240-290**CNPJ **33.868.258/0001-63** CNAE **47.21-1** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Francisco de Assis da Silva** RG **09.813.845-6**CTPS **89147** Série **028 RJ** CBO **8483.05** Função **Padeiro**Atividade Laborativa **Planejam a Produção e Preparam Massas de Pão e Similares.**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: 13/07/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11428 Razão Social **Panif E Conf N S Dos Remedios Do Jardim America Ltda - Me**End. **R Professor Costa Ribeiro 45 B Jardim America**CEP **21240-290**CNPJ **33.868.258/0001-63** CNAE **47.21-1** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Francisco de Assis da Silva** RG **09.813.845-6**CTPS **89147** Série **028 RJ** CBO **8483.05** Função **Padeiro**Atividade Laborativa **Planejam a Produção e Preparam Massas de Pão e Similares.**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: 13/07/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Panif E Conf N S Dos Remedios Do Jardim America Ltda -
Me**CNPJ:** 33.868.258/0001-63**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 13/07/2017**Período de Cobrança:** 13/07/2017

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