

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12131 Razão Social Casa Jirona Comercio De Utilidades Do Lar Ltda - Me

End. Rua Jornalista Geraldo Rocha

CEP 21.240-080

CNPJ 00.105.107/0001-02 CNAE 47.13-0 Grau de Risco 2 Tipo de Exame Demissional

Nome do Funcionário Priscila de Faria Machado RG 02.071.512-2 6

CTPS 6071284 Série 001-0 RJ CBO 4211.25 Função Operdor 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:
ErgonômicoRiscos Específicos:
Postura inadequadaExames 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: 07/06/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12131 Razão Social Casa Jirona Comercio De Utilidades Do Lar Ltda - Me

End. Rua Jornalista Geraldo Rocha

CEP 21.240-080

CNPJ 00.105.107/0001-02 CNAE 47.13-0 Grau de Risco 2 Tipo de Exame Demissional

Nome do Funcionário Priscila de Faria Machado RG 02.071.512-2 6

CTPS 6071284 Série 001-0 RJ CBO 4211.25 Função Operdor 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: 07/06/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Casa Jirona Comercio De Utilidades Do Lar Ltda - Me**CNPJ:** 00.105.107/0001-02**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 07/06/2018**Período de Cobrança:** 07/06/2018

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