

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11335 J.L Distribuidora de Cosméticos EireliEnd. **Q Saan Quadra 1, S/N, Lote 1340 1 Andar, Zona Industrial, Brasília, DF,** CEP **70632-100**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
22.702.370/0001-03 46.46-0 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Verônica da Silva Valadares 10.335.816-4CTPS **56790** Série **092 RJ** CBO **3541.35** Função **Técnica de Produtos**Atividade Laborativa **Planejam atividades de vendas especializadas e de demonstração de produtos.**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: 01/06/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11335 J.L Distribuidora de Cosméticos EireliEnd. **Q Saan Quadra 1, S/N, Lote 1340 1 Andar, Zona Industrial, Brasília, DF,** CEP **70632-100**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
22.702.370/0001-03 46.46-0 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Verônica da Silva Valadares 10.335.816-4CTPS **56790** Série **092 RJ** CBO **3541.35** Função **Técnica de Produtos**Atividade Laborativa **Planejam atividades de vendas especializadas e de demonstração de produtos.**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: 01/06/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** J.L. Distribuidora de Cosméticos Eireli**CNPJ:** 22.702.370/0001-03**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 01/06/2017**Período de Cobrança:** 01/06/2017

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