

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12643 Razão Social D S VIEIRA BARBEARIA

End. Rua Georges Bizet 72

CEP 21240-460

CNPJ 32.953.370/0001-30 CNAE 96.02-5 Grau de Risco 2 Tipo de Exame Admissional

Nome do Funcionário Amanda Serafim Amaral RG 20.894.525-3

CTPS 24373 Série 143 RJ CBO 4110.10 Função Auxiliar Administrativo

Atividade Laborativa Executam Serviços de Apoio Nas Áreas de Recursos Humanos, Administração, Finanças e Logística; Atendem Fornecedores e Clientes

Classificação da Atividade N/H

Nível de Tolerância N/H

Risco da Função:
ErgonômicoRiscos Específicos:
Postura inadequadaExames 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: 29/03/2019

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12643 D S VIEIRA BARBEARIAEnd. **Rua Georges Bizet 72**CEP **21240-460**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
32.953.370/0001-30 96.02-5 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Amanda Serafim Amaral 20.894.525-3CTPS **24373** Série **143 RJ** CBO **4110.10** Função **Auxiliar Administrativo**Atividade Laborativa **Executam Serviços de Apoio Nas Áreas de Recursos Humanos, Administração, Finanças e Logística; Atendem Fornecedores e Clientes**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:** 29/03/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** D S VIEIRA BARBEARIA**CNPJ:** 32.953.370/0001-30**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 29/03/2019**Período de Cobrança:** 29/03/2019

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