

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
10964 Ormital Comercio E Servicos Eireli . - MeEnd. **R Jornalista Geraldo Rocha 160 Jardim América**

CEP

CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
19.037.262/0001-59 14.13-4-01 **Demissional**Nome do Funcionário
Franciane Da Silva Lima Rg: 267030294CTPS Série CBO Função **Auxiliar de Produção**

Atividade Laborativa

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: 09/01/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
10964 Ormital Comercio E Servicos Eireli . - MeEnd. **R Jornalista Geraldo Rocha 160 Jardim América**

CEP

CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
19.037.262/0001-59 14.13-4-01 **Demissional**Nome do Funcionário
Franciane Da Silva Lima Rg: 267030294CTPS Série CBO Função **Auxiliar de Produção**

Atividade Laborativa

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: 09/01/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Ormital Comercio E Servicos Eireli . - Me**CNPJ:** 19.037.262/0001-59**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 09/01/2017**Período de Cobrança:** 09/01/2017

| 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 |