

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12468 Arena Center Distribuidora de Utilidades LtdaEnd. **Praça Córsega, 61 - Polo Atacadista Vigário Geral**CEP **21241-160**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
08.267.363/0001-08 46.49-4 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Eudes Barbosa da Silva 83.826.40CTPS Série CBO **4141.25** Função **Auxiliar de Estoque**Atividade Laborativa **Recepcionam, conferem e armazenam produtos e materiais em almoxarifados, armazéns, silos e depósitos.**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:** 10/12/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12468 Arena Center Distribuidora de Utilidades LtdaEnd. **Praça Córsega, 61 - Polo Atacadista Vigário Geral**CEP **21241-160**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
08.267.363/0001-08 46.49-4 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Eudes Barbosa da Silva 83.826.40CTPS Série CBO **4141.25** Função **Auxiliar de Estoque**Atividade Laborativa **Recepcionam, conferem e armazenam produtos e materiais em almoxarifados, armazéns, silos e depósitos.**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:** 10/12/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Arena Center Distribuidora de Utilidades Ltda**CNPJ:** 08.267.363/0001-08**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 10/12/2018**Período de Cobrança:** 10/12/2018

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