

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12428 Razão Social **Drogaria Princesa de Jardim America Ltda**

End. **Rua Franz Liszt** CEP **21240-400**

CNPJ **21.599.970/0001-25** CNAE **41.71-7** Grau de Risco **0** Tipo de Exame **Admissional**

Nome do Funcionário **Roberto Salgado da Neves** RG **11.965.350-9**

CTPS Série CBO **5211.30** Função **Balconista**

Atividade Laborativa **Vendem mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, auxiliando os clientes na escolha**

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: 22/11/2018

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12428 Razão Social **Drogaria Princesa de Jardim America Ltda**

End. **Rua Franz Liszt** CEP **21240-400**

CNPJ **21.599.970/0001-25** CNAE **41.71-7** Grau de Risco **0** Tipo de Exame **Admissional**

Nome do Funcionário **Roberto Salgado da Neves** RG **11.965.350-9**

CTPS Série CBO **5211.30** Função **Balconista**

Atividade Laborativa **Vendem mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, auxiliando os clientes na escolha**

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: 22/11/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Drogaria Princesa de Jardim America Ltda**CNPJ:** 21.599.970/0001-25**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 22/11/2018**Período de Cobrança:** 22/11/2018

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