

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12301 Razão Social D. O. Mello Barbearia

End. Rua Manoel Cicero, 10 a Loja Iraja

CEP 21231-100

CNPJ 31.136.243/0001-85 CNAE 96.02-5 Grau de Risco 2 Tipo de Exame Admissional

Nome do Funcionário Rony Gomes Cardoso RG 28.300.686-4

CTPS 0000101148 Série 00179 CBO 5161.10 Função Cabeleireiro

Atividade Laborativa **Tratam da Estética e Saúde e Aplicam Produtos Químicos Para Ondular, Alisar ou Colorir os Cabelos; Cuidam da Beleza**

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:** 06/08/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12301 Razão Social D. O. Mello Barbearia

End. Rua Manoel Cicero, 10 a Loja Iraja

CEP 21231-100

CNPJ 31.136.243/0001-85 CNAE 96.02-5 Grau de Risco 2 Tipo de Exame Admissional

Nome do Funcionário Rony Gomes Cardoso RG 28.300.686-4

CTPS 0000101148 Série 00179 CBO 5161.10 Função Cabeleireiro

Atividade Laborativa **Tratam da Estética e Saúde e Aplicam Produtos Químicos Para Ondular, Alisar ou Colorir os Cabelos; Cuidam da Beleza**

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:** 06/08/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12300 Razão Social
D. O. Mello BarbeariaEnd. **Rua Manoel Cicero, 10 a Loja Iraja**CEP **21231-100**CNPJ 31.136.243/0001-85 CNAE 96.02-5 Grau de Risco 2 Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário RG
Pedro Ivo Brandao de Athayde 210528451CTPS 00008807818 Série 00040 CBO 5161.10 Função **Cabeleireiro**Atividade Laborativa **Tratam da Estética e Saúde e Aplicam Produtos Químicos Para Ondular, Alisar ou Colorir os Cabelos; Cuidam da Beleza**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:** 06/08/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
12300 Razão Social
D. O. Mello BarbeariaEnd. **Rua Manoel Cicero, 10 a Loja Iraja**CEP **21231-100**CNPJ **31.136.243/0001-85** CNAE **96.02-5** Grau de Risco **2** Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário **Pedro Ivo Brandao de Athayde** RG
210528451CTPS **00008807818** Série **00040** CBO **5161.10** Função **Cabeleireiro**Atividade Laborativa **Tratam da Estética e Saúde e Aplicam Produtos Químicos Para Ondular, Alisar ou Colorir os Cabelos; Cuidam da Beleza**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:** 06/08/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** D. O. Mello Barbearia**CNPJ:** 31.136.243/0001-85**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 14/09/2018**Período de Cobrança:** 14/09/2018

Natureza dos Serviços	Nº de ASO	Cód. Usuário	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Atestado de Saúde Ocupacional - ASO	2		35,00	70,00
Total a Pagar**				R\$ 70,00