

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12070 Alto Astral Bazar E Decoracao LtdaEnd. **Rua Jornalista Geraldo Rocha**CEP **21.240-080**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
00.105.107/0001-02 47.13-0 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Maria Silva Santos 09.655.581-8CTPS Série CBO **4110.05** Função **Auxiliar Administrativo**Atividade Laborativa **Executam Serviços de Apoio Nas Áreas de Recursos Humanos, Administração, Finanças e Logística; Atendem Fornecedores e Clientes, f**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: 09/05/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12070 Alto Astral Bazar E Decoracao LtdaEnd. **Rua Jornalista Geraldo Rocha**CEP **21.240-080**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
00.105.107/0001-02 47.13-0 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Maria Silva Santos 09.655.581-8CTPS Série CBO **4110.05** Função **Auxiliar Administrativo**Atividade Laborativa **Executam Serviços de Apoio Nas Áreas de Recursos Humanos, Administração, Finanças e Logística; Atendem Fornecedores e Clientes, f**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:** 09/05/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Alto Astral Bazar E Decoracao Ltda**CNPJ:** 00.105.107/0001-02**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 09/05/2018**Período de Cobrança:** 09/05/2018

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