

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12505 Formula Distribuidora de Alimentos Ltda - Epp

End. **Av. Brasil 19001 Pvlh 300 Coelho Neto**CEP **21530-000**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
27.552.393/0001-00	46.33-8	2	Admissional

Nome do Funcionário	RG
Marcelo de Souza Bigon	09.743.688-5

CTPS	Série	CBO 4142.15	Função Conferente
------	-------	--------------------	--------------------------

Atividade Laborativa **Apontam a Produção e Controlam a Frequência de Mão-de-obra. Acompanham Atividades de Produção,**

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: 14/01/2019

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12505 Razão Social **Formula Distribuidora de Alimentos Ltda - Epp**End. **Av. Brasil 19001 Pvlh 300 Coelho Neto**CEP **21530-000**CNPJ **27.552.393/0001-00** CNAE **46.33-8** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Marcelo de Souza Bigon** RG **09.743.688-5**CTPS Série CBO **4142.15** Função **Conferente**Atividade Laborativa **Apontam a Produção e Controlam a Frequência de Mão-de-obra. Acompanham Atividades de Produção,**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:** 14/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Formula Distribuidora de Alimentos Ltda - Epp**CNPJ:** 27.552.393/0001-00**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 14/01/2019**Período de Cobrança:** 14/01/2019

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