

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11576 CHARLEVAN DISTRIBUIDORA LTDAEnd. **EST DO COLEGIO, 1135 COLEGIO**CEP **21.235-280**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
01.194.435/0001-87 46.91-5 2 DemissionalNome do Funcionário RG
Leidiana Sales Melo do Nascimento 28.856.810-8CTPS **8415803** Série **001-0 RJ** CBO **4110.05** Função **Auxiliar de Escritório**Atividade Laborativa **Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística;**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: 31/08/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11576 Razão Social CHARLEVAN DISTRIBUIDORA LTDA

End. EST DO COLEGIO, 1135 COLEGIO

CEP 21.235-280

CNPJ 01.194.435/0001-87 CNAE 46.91-5 Grau de Risco 2 Tipo de Exame Demissional

Nome do Funcionário Leidiana Sales Melo do Nascimento RG 28.856.810-8

CTPS 8415803 Série 001-0 RJ CBO 4110.05 Função Auxiliar de Escritório

Atividade Laborativa Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística;

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:** 31/08/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** CHARLEVAN DISTRIBUIDORA LTDA**CNPJ:** 01.194.435/0001-87**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 31/08/2017**Período de Cobrança:** 31/08/2017

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