

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11913 Doarbelleza Produtos de Beleza Ltda .End. **Rua Prefeito Jose Carlos Lacerda**CEP **25071-120**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
04.850.445/0001-11	82.11-3	1	Demissional

Nome do Funcionário	RG
Flavia Gabriele Ferreira Fiel	10.085.503-0

CTPS **8809** Série **097 RJ** CBO **5211.15** Função **Consultor de Beleza**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: 19/02/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11913 Razão Social **Doarbelleza Produtos de Beleza Ltda .**End. **Rua Prefeito Jose Carlos Lacerda**CEP **25071-120**CNPJ **04.850.445/0001-11** CNAE **82.11-3** Grau de Risco **1** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Flavia Gabriele Ferreira Fiel** RG **10.085.503-0**CTPS **8809** Série **097 RJ** CBO **5211.15** Função **Consultor de Beleza**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 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:** 19/02/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Doarbelleza Produtos de Beleza Ltda .**CNPJ:** 04.850.445/0001-11**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 19/02/2018**Período de Cobrança:** 19/02/2018

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