

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11738 Arga Escritório Contábil EireliEnd. **Rua Jornalista Geraldo Rocha 186 Sala 301**CEP **21240-080**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
28.416.061/0001-53	69.20-6	1	Periódico

Nome do Funcionário	RG
Elisa Chisthine da Costa Rodrigues	23.116.605-9

CTPS **07709703** Série **050 RJ** CBO **4110.05** Função **Auxiliar de Escritório**Atividade Laborativa **Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística; atendem fornecedores e clientes,**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:** 22/11/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
11738 Arga Escritório Contábil EireliEnd. **Rua Jornalista Geraldo Rocha 186 Sala 301**CEP **21240-080**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
28.416.061/0001-53	69.20-6	1	Periódico

Nome do Funcionário	RG
Elisa Chisthine da Costa Rodrigues	23.116.605-9

CTPS **07709703** Série **050 RJ** CBO **4110.05** Função **Auxiliar de Escritório**Atividade Laborativa **Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística; atendem fornecedores e clientes,**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:** 22/11/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Arga Escritório Contábil Eireli**CNPJ:** 28.416.061/0001-53**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 22/11/2017**Período de Cobrança:** 22/11/2017

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