

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
12539 Razão Social
Mercearia Molejo LtdaEnd. **Rua Sebastian Bach, 342 Parte**CEP **21230-190**CNPJ
02.077.722/0001-70CNAE
82.12-5Grau de Risco
0Tipo de Exame
Mudança de FunçãoNome do Funcionário
Amanda Reni SantosRG
33.195.595CTPS **06800** Série **0026 AL** 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**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:** 30/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
12539 Razão Social
Mercearia Molejo LtdaEnd. **Rua Sebastian Bach, 342 Parte**CEP **21230-190**CNPJ
02.077.722/0001-70CNAE
82.12-5Grau de Risco
0Tipo de Exame
Mudança de FunçãoNome do Funcionário
Amanda Reni SantosRG
33.195.595CTPS **06800** Série **0026 AL** 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**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:** 30/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Mercearia Molejo Ltda**CNPJ:** 02.077.722/0001-70**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 30/01/2019**Período de Cobrança:** 30/01/2019

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