

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
12682 Razão Social
BAR DO CICA O LTDAEnd. **Rua Franz Liszt , 446 Jardim América**CEP **21240-400**CNPJ **11.736.853/0001-02** CNAE **56.11-2** Grau de Risco **2** Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário **Ananias Gonçalves Gouveia** RG
10.169.506-2CTPS Série CBO **5134.05** Função **Garçom**Atividade Laborativa **Atendem os clientes, servem alimentos e bebidas em restaurantes ,**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: 10/04/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO
12682 Razão Social
BAR DO CICA O LTDAEnd. **Rua Franz Liszt , 446 Jardim América**CEP **21240-400**CNPJ **11.736.853/0001-02** CNAE **56.11-2** Grau de Risco **2** Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário **Ananias Gonçalves Gouveia** RG
10.169.506-2CTPS Série CBO **5134.05** Função **Garçom**Atividade Laborativa **Atendem os clientes, servem alimentos e bebidas em restaurantes ,**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:** 10/04/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** BAR DO CICA0 LTDA**CNPJ:** 11.736.853/0001-02**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 10/04/2019**Período de Cobrança:** 10/04/2019

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