

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12631 Razão Social **Nipponmaster Do Brasil Industria E Comercio Ltda - Me**End. **R Ministro Artur Costa 372 Jardim America**CEP **21.240-120**CNPJ 15.351.251/0001-98 CNAE 27.59-7 Grau de Risco 3 Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Aline Fernandes** RG **26.969.498-0**CTPS Série CBO 4110.05 Função **Auxiliar de Escritorio**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:** 19/03/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12631 Razão Social **Nipponmaster Do Brasil Industria E Comercio Ltda - Me**End. **R Ministro Artur Costa 372 Jardim America**CEP **21.240-120**CNPJ 15.351.251/0001-98 CNAE 27.59-7 Grau de Risco 3 Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Aline Fernandes** RG **26.969.498-0**CTPS Série CBO 4110.05 Função **Auxiliar de Escritorio**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:** 19/03/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Nipponmaster Do Brasil Industria E Comercio Ltda - Me**CNPJ:** 15.351.251/0001-98**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 19/03/2019**Período de Cobrança:** 19/03/2019

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