

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12031 Razão Social **MENDES ASSESSORIA DE IDIOMAS LTDA - EPP**End. **R FRANZ LISZT 00406 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-400**CNPJ **23.766.813/0001-92** CNAE **85.93-7** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Arlene de Mello Pinto** RG **31.743.254-0**CTPS Série CBO **5201.10** Função **Supervisora Comercial**Atividade Laborativa **Planejam vendas, atendem clientes e coletam indicadores do mercado consumidor. Supervisionam rotina de equipe de vendas.**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:** 18/04/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12031 Razão Social **MENDES ASSESSORIA DE IDIOMAS LTDA - EPP**End. **R FRANZ LISZT 00406 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-400**CNPJ **23.766.813/0001-92** CNAE **85.93-7** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Arlene de Mello Pinto** RG **31.743.254-0**CTPS Série CBO **5201.10** Função **Supervisora Comercial**Atividade Laborativa **Planejam vendas, atendem clientes e coletam indicadores do mercado consumidor. Supervisionam rotina de equipe de vendas.**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:** 18/04/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** MENDES ASSESSORIA DE IDIOMAS LTDA - EPP**CNPJ:** 23.766.813/0001-92**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 18/04/2018**Período de Cobrança:** 18/04/2018

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