

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12066 Ifr Soares Comercio de Souvenires e Bazar - me

End. **R Isidro Rocha 1266 Vigario Geral**CEP **21.241-180**

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
22.833.994/0001-60	47.89-0	1	Admissional

Nome do Funcionário	RG
Geovani Macena da Silva	26.285.312-0

CTPS	Série	CBO 4141.25	Função Estoquista
------	-------	--------------------	--------------------------

Atividade Laborativa **Recepcionam, conferem e armazenam produtos e materiais em almoxarifados, armazéns, silos e depósitos**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: 07/05/2018

Assinatura do Examinado

Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12066 Ifr Soares Comercio de Souvenires e Bazar - meEnd. **R Isidro Rocha 1266 Vigario Geral**CEP **21.241-180**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
22.833.994/0001-60 47.89-0 1 AdmissionalNome do Funcionário RG
Geovani Macena da Silva 26.285.312-0CTPS Série CBO **4141.25** Função **Estoquista**Atividade Laborativa **Recepcionam, conferem e armazenam produtos e materiais em almoxarifados, armazéns, silos e depósitos**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:** 07/05/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Ifr Soares Comercio de Souvenires e Bazar - me**CNPJ:** 22.833.994/0001-60**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 07/05/2018**Período de Cobrança:** 07/05/2018

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