

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12532 Razão Social **LDS OLIVEIRA APOIO ADMINISTRATIVO LTDA - ME**End. **R CONSELHEIRO MEIRELES 258 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-480**CNPJ **97.536.748/0001-45** CNAE **82.19-9** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Camila Gabriela Gomes** RG **24.704.669-1**CTPS Série CBO **4110.05** Função **Auxiliar de Escritório**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:** 22/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12532 Razão Social **LDS OLIVEIRA APOIO ADMINISTRATIVO LTDA - ME**End. **R CONSELHEIRO MEIRELES 258 JARDIM AMERICA**CEP **21.240-480**CNPJ **97.536.748/0001-45** CNAE **82.19-9** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Camila Gabriela Gomes** RG **24.704.669-1**CTPS Série CBO **4110.05** Função **Auxiliar de Escritório**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:** 22/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** LDS OLIVEIRA APOIO ADMINISTRATIVO LTDA - ME**CNPJ:** 97.536.748/0001-45**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 25/01/2019**Período de Cobrança:** 25/01/2019

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