

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12501 Condomínio do Edifício America LifeEnd. **Rua George Bizet 413**CEP **21240-460**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
23.168.874/0001-58 81.12-5 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Arcirio Jose de Souza Rocha 08.225.970-6CTPS Série CBO **5174.10** Função **Porteiro**Atividade Laborativa **Recepcionam e orientam visitantes e hóspedes. Zelam pela guarda do patrimônio observando o comportamento e movimentação de pessoas**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:** 14/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12501 Condomínio do Edifício America LifeEnd. **Rua George Bizet 413**CEP **21240-460**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
23.168.874/0001-58 81.12-5 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Arcirio Jose de Souza Rocha 08.225.970-6CTPS Série CBO **5174.10** Função **Porteiro**Atividade Laborativa **Recepcionam e orientam visitantes e hóspedes. Zelam pela guarda do patrimônio observando o comportamento e movimentação de pessoas**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:** 14/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Condomínio do Edifício America Life**CNPJ:** 23.168.874/0001-58**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 14/01/2019**Período de Cobrança:** 14/01/2019

| 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 |