

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12556 Razão Social **Elohim Comercio Varejista Ltda**End. **R. Franz Liszt 416 Jardim America**CEP **21240-080**CNPJ 24.352.199/0001-85 CNAE 49.30-2 Grau de Risco 3 Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Wallacy Matos de Oliveira** RG **20.214.073-7**CTPS 8412422 Série 001-0 RJ CBO 5211 Função **Operador de Supermercado**Atividade Laborativa **Auxiliando os clientes na escolha, Expõem mercadorias de forma atrativa, em pontos estratégicos 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:** 31/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12556 Razão Social **Elohim Comercio Varejista Ltda**End. **R. Franz Liszt 416 Jardim America**CEP **21240-080**CNPJ 24.352.199/0001-85 CNAE 49.30-2 Grau de Risco 3 Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Wallacy Matos de Oliveira** RG **20.214.073-7**CTPS 8412422 Série 001-0 RJ CBO 5211 Função **Operador de Supermercado**Atividade Laborativa **Auxiliando os clientes na escolha, Expõem mercadorias de forma atrativa, em pontos estratégicos 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:** 31/01/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Elohim Comercio Varejista Ltda**CNPJ:** 24.352.199/0001-85**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 31/01/2019**Período de Cobrança:** 31/01/2019

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