

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12387 Razão Social **A Mafia Do Frango Ltda - Me**End. **Rua Franz Liszt, 536 Loja B**CEP **21.240-400**CNPJ 11.222.147/0001-42 CNAE 47.22-9 Grau de Risco 3 Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Jefferson de Souza** RG **30.741.027-1**CTPS 5508642 Série 050 RJ CBO 8485.10 Função **Balconista**Atividade Laborativa **Atende os Clientes Auxiliando os Clientes na Escolha,**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: 05/11/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12387 Razão Social **A Mafia Do Frango Ltda - Me**End. **Rua Franz Liszt, 536 Loja B**CEP **21.240-400**CNPJ **11.222.147/0001-42** CNAE **47.22-9** Grau de Risco **3** Tipo de Exame **Demissional**Nome do Funcionário **Jefferson de Souza** RG **30.741.027-1**CTPS **5508642** Série **050 RJ** CBO **8485.10** Função **Balconista**Atividade Laborativa **Atende os Clientes Auxiliando os Clientes na Escolha,**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: 05/11/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** A Mafia Do Frango Ltda - Me**CNPJ:** 11.222.147/0001-42**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 05/11/2018**Período de Cobrança:** 05/11/2018

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