

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12617 Razão Social **Tab Primos Lanches Ltda**End. **Atilio Parim , 662 Jardim América**CEP **21240-170**CNPJ **28.345.781/0001-75** CNAE **56.11-2** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Anderson Ramos Rufino** RG **27.517.278-1**CTPS Série CBO **5132.05** Função **Auxiliar de Cozinha**Atividade Laborativa **Auxiliares Nos Serviços de Alimentação Auxiliam Outros Profissionais da Área no Pré-preparo, Preparo e Processamento de Alimentos, na Montagem de Pratos.**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:** 12/03/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12617 Tab Primos Lanches LtdaEnd. **Atilio Parim , 662 Jardim América**CEP **21240-170**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
28.345.781/0001-75 56.11-2 2 AdmissionalNome do Funcionário RG
Anderson Ramos Rufino 27.517.278-1CTPS Série CBO **5132.05** Função **Auxiliar de Cozinha**Atividade Laborativa **Auxiliares Nos Serviços de Alimentação Auxiliam Outros Profissionais da Área no Pré-preparo, Preparo e Processamento de Alimentos, na Montagem de Pratos.**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:** 12/03/2019_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Tab Primos Lanches Ltda**CNPJ:** 28.345.781/0001-75**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 12/03/2019**Período de Cobrança:** 12/03/2019

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