

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12260 Razão Social **AKILA COMERCE EIRELI - ME**End. **Rua Xavier Pinheiro 435 Vigário Geral**CEP **21241-320**CNPJ 19.205.627/0001-07 CNAE 14.22-3 Grau de Risco 2 Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Wanderson da Silva** RG **12681175-1**CTPS Série CBO **7603.05** Função **Encarregado de Bordado**Atividade Laborativa **Supervisionam Equipes de Trabalho; Organizam Dados de Produção**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: 22/08/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12260 Razão Social **AKILA COMERCE EIRELI - ME**End. **Rua Xavier Pinheiro 435 Vigário Geral**CEP **21241-320**CNPJ 19.205.627/0001-07 CNAE 14.22-3 Grau de Risco 2 Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Wanderson da Silva** RG **12681175-1**CTPS Série CBO **7603.05** Função **Encarregado de Bordado**Atividade Laborativa **Supervisionam Equipes de Trabalho; Organizam Dados de Produção**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: 22/08/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** AKILA COMERCE EIRELI - ME**CNPJ:** 19.205.627/0001-07**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 22/08/2018**Período de Cobrança:** 22/08/2018

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