

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11427 Razão Social **Leandro de Araujo Magno Lins**End. **Rua Ney Armando Meziat, 160 Jardim Guanabara - Rio de Janeiro**CEP **21941-095**CNPJ **100.138.127-00**

CNAE

Grau de Risco

Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário
Paula Cândido da SilvaRG
30.492.358-4CTPS **9913469** Série **0040 RJ** CBO **5121.05** Função **Empregada Domestica**Atividade Laborativa **Colaboram na Administração da Casa, Conforme Orientações Recebidas. Fazem Arrumação ou Faxina**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:** 12/07/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 11427 Razão Social **Leandro de Araujo Magno Lins**End. **Rua Ney Armando Meziat, 160 Jardim Guanabara - Rio de Janeiro**CEP **21941-095**CNPJ **100.138.127-00**

CNAE

Grau de Risco

Tipo de Exame
AdmissionalNome do Funcionário
Paula Cândido da SilvaRG
30.492.358-4CTPS **9913469** Série **0040 RJ** CBO **5121.05** Função **Empregada Domestica**Atividade Laborativa **Colaboram na Administração da Casa, Conforme Orientações Recebidas. Fazem Arrumação ou Faxina**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:** 12/07/2017_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** Leandro de Araujo Magno Lins**CNPJ:** 100.138.127-00**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 12/07/2017**Período de Cobrança:** 12/07/2017

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