

# ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12039 Razão Social **Farmacia Varela Ltda Me**End. **Rua Marechal Antônio de Souza 372 Loja C. Jardim América**CEP **21240-430**CNPJ **68.609.312/0001-30** CNAE **47.71-7** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Francisco Alexandre Brilhante** RG **20.553.602-2**CTPS **68992** Série **139 RJ** CBO **5211.30** Função **Balconista de Medicamento**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:** 24/04/2018\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

# ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12039 Razão Social **Farmacia Varela Ltda Me**End. **Rua Marechal Antônio de Souza 372 Loja C. Jardim América**CEP **21240-430**CNPJ **68.609.312/0001-30** CNAE **47.71-7** Grau de Risco **2** Tipo de Exame **Admissional**Nome do Funcionário **Francisco Alexandre Brilhante** RG **20.553.602-2**CTPS **68992** Série **139 RJ** CBO **5211.30** Função **Balconista de Medicamento**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:** 24/04/2018\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinado\_\_\_\_\_  
Assinatura do Examinador

**Resumo de Fatura de Serviço****Cliente:** Farmacia Varela Ltda Me**CNPJ:** 68.609.312/0001-30**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 24/04/2018**Período de Cobrança:** 24/04/2018

Natureza dos Serviços	Nº de ASO	Cód. Usuário	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Atestado de Saúde Ocupacional - ASO	1		35,00	35,00
<b>Total a Pagar**</b>				<b>R\$ 35,00</b>