

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12436 AMERICA SAUDE DROGARIA LTDAEnd. **Rua Professor Costa Ribeiro 460 Loja A.**CEP **21240-290**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
09.064.926/0001-15 41.71-7 0 AdmissionalNome do Funcionário RG
Jaime Cesar Dias da Costa 12.984.608-5CTPS Série CBO **5211.30** Função **Balconista**Atividade Laborativa **Vendem mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, 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: 26/11/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO 12436 Razão Social AMERICA SAUDE DROGARIA LTDA

End. Rua Professor Costa Ribeiro 460 Loja A.

CEP 21240-290

CNPJ	CNAE	Grau de Risco	Tipo de Exame
09.064.926/0001-15	41.71-7	0	Admissional

Nome do Funcionário	RG
Jaime Cesar Dias da Costa	12.984.608-5

CTPS	Série	CBO 5211.30	Função Balconista
------	-------	-------------	-------------------

Atividade Laborativa Vendem mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, 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 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:** 26/11/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** AMERICA SAUDE DROGARIA LTDA**CNPJ:** 09.064.926/0001-15**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 26/11/2018**Período de Cobrança:** 26/11/2018

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