

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12435 ANDERSON LUIS SILVA DE MELOEnd. **Rua Alvarenga Peixoto 443 Vigário Geral**CEP **21240-690**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
13.539.331/0001-46 56.20-1 2 DemissionalNome do Funcionário RG
Luis Felipe Gonçalves Ferreira da Silva 29.495.747-7CTPS Série CBO **5135.05** Função **Auxiliar de Cozinha**Atividade Laborativa **Os trabalhadores 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:** 23/11/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Conforme NR 7.4.1

Nº ASO Razão Social
12435 ANDERSON LUIS SILVA DE MELOEnd. **Rua Alvarenga Peixoto 443 Vigário Geral**CEP **21240-690**CNPJ CNAE Grau de Risco Tipo de Exame
13.539.331/0001-46 56.20-1 2 DemissionalNome do Funcionário RG
Luis Felipe Gonçalves Ferreira da Silva 29.495.747-7CTPS Série CBO **5135.05** Função **Auxiliar de Cozinha**Atividade Laborativa **Os trabalhadores 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:** 23/11/2018_____
Assinatura do Examinado_____
Assinatura do Examinador

Resumo de Fatura de Serviço**Cliente:** ANDERSON LUIS SILVA DE MELO**CNPJ:** 13.539.331/0001-46**Tipo de Contrato:** Avulso**Data da Emissão:** 23/11/2018**Período de Cobrança:** 23/11/2018

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